



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

(Re)Construção: Programa de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica após Desastre

Ângela Cristina Gonçalves Elias

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**(Re)Construção: Programa de Intervenção de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica após
Desastre**

Ângela Cristina Gonçalves Elias

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

AGRADECIMENTOS

Todo o processo do Mestrado que culmina com a realização deste Relatório não era possível sem o apoio de imensas pessoas, que me ajudaram nos mais vários aspetos e sem os quais não estaria aqui.

Um caminho que foi desenvolvido assente no Amor,
na dedicação, na persistência, na partilha de conhecimentos.

Um caminho com muitos obstáculos.

Um caminho de conhecimento e crescimento pessoal e profissional,
de dúvida, de conquistas, de alegrias, de lágrimas e superação.

Assim agradeço

Ao Pedro,

À minha Mãe, ao Meu Pai.

Às minhas irmãs e sobrinhos.

À Lígia Cipriano.

Ao Rafael, Belinha e Hélder.

À Vanda Martins, ao Vítor Marreiros.

À Cristina Amorim.

À Sónia Silva.

Ao Bruno Henriques, à Irene Ditz.

À Doutora Maria do Carmo e toda a equipa do Hospital de Dia e Reabilitação.

Ao Professor Orientador Raul Cordeiro.

Ao enfermeiro Orientador

A todos o meu eterno Obrigado.

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem a sua intervenção assente nas necessidades em saúde mental que identifica, auxiliando nos processos de reabilitação, em todos os contextos. As situações de desastre causam numerosas alterações na pessoa com doença mental havendo maior risco de manifestações da doença após a vivência de uma situação de stresse, tendo este profissional um papel preponderante.

O objetivo principal é conceber um Programa de Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental em Situação de Stresse após Desastre na Região do Barlavento Algarvio (Portugal) centrado no papel do Hospital de Dia. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e utilizada a metodologia de projeto para a construção do programa (Re)Construção.

Foi criado um programa de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tendo por base o diagnóstico de ansiedade, interligados com o humor depressivo, comportamento aditivo, stresse e stresse pós-traumático.

Palavras-chave: Stresse psicológico, desastres, enfermagem psiquiátrica.

ABSTRAT

The nurse specialist in mental and psychiatric health nursing should have the intervention based on the needs in mental health identified, helping in rehabilitation assistance in all contexts. Disaster situations cause a number of changes in the person with mental illness and there is a greater risk of changes after the experience of a stress situation, and this professional has a preponderant role.

The main objective is to design an Intervention Program in Mental Health Nursing in Situation of Stress after Disaster in the Region of Barlavento Algarvio (Portugal) centered on the role of the Day Hospital.

A systematic review of the literature was done, and the project methodology was used for the construction of the (Re)Construction program.

A psychiatric and mental health nursing intervention program was created based on the diagnosis of anxiety, interrelated with depressive mood, addictive behavior, post-traumatic stress and psychological stress.

Key Words: psychological stress, disasters, psychiatric nursing

ABREVIATURAS

Dr. – Doutor

Ed. – Edição

p. – Página

SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

ASPESM – A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM 5 – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

HD – Hospital de Dia

IASC – International-Agency Standing Committee

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISDR – Estratégia Internacional de Redução do Risco de Catástrofes

KM – Quilómetro

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNRRC – Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes

RRD – Redução do Risco de Desastres

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

WHO – World Health Organization

WHOQOL-100 – Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Algarve.....	13
Figura 2 – Pirâmide das Necessidades de Maslow	21
Figura 3 – Fluxograma do Percurso da pesquisa nas bases de dados	52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos Estudos Sobre as Necessidades em Enfermagem de Saúde Mental das Pessoas com Doença Mental Após Desastres	53
Quadro 2 – Sessões do Programa (Re)Construção.....	71
Quadro 3 – Sessão 1: Acolhimento e Entrevista de Avaliação Diagnóstica	72
Quadro 4 – Sessão 2: Ensinar Técnicas de Autocontrolo Ansiedade	72
Quadro 5 – Sessão 3: Ensinar Técnica de Respiração Profunda	73
Quadro 6 – Sessão 4: As Famílias e a Comunicação com o Doente Mental em Situação de Stress.....	73
Quadro 7 – Sessão 5: Ansiedade: Sinais e Sintomas	74
Quadro 8 – Sessão 6: Estratégias de Redução de Stresse e Ansiedade	74
Quadro 9 – Sessão 7: Stresse, Ansiedade e Pânico	75
Quadro 10 – Sessão 8: Benefícios da Medicação no Controlo da Ansiedade	75
Quadro 11 – Sessão 9: Ansiedade e Estilos de Vida Saudáveis	76
Quadro 12 – Sessão 10: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	77
Quadro 13 – Sessão 11: Executar Entrevista Motivacional	77
Quadro 14 – Sessão 12: Ansiedade e Consumo de Substâncias Psicoativas	78
Quadro 15 – Sessão 13: Ansiedade e Processo de Luto	78
Quadro 16- Sessão 14: Técnica de Respiração Profunda	79
Quadro 17 – Sessão 15: Ansiedade e Depressão	79
Quadro 18 – Sessão 16: Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo	80
Quadro 19 – Sessão 17: Desenvolver Plano para Gerir Stresse e Ansiedade	81
Quadro 20 – Sessão 18: Estratégias de Redução de Stresse e Ansiedade	82
Quadro 21 – Sessão 19: Ansiedade e o Poder das Emoções Positivas	82
Quadro 22 – Sessão 20: Entrevista e Avaliação do Programa	83
Quadro 23 – Sessão 21: Entrevista Familiar e Encaminhamento	83
Quadro 24 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	86
Quadro 25 – Planeamento das Atividades do Estágio Final.....	96

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	13
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE	14
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE DIA E REABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA 2 DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE.....	15
2. PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL: (RE)CONSTRUÇÃO	18
2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	18
2.1.1. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	18
2.1.2. HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS	20
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.2.1. CATÁSTROFES E DESASTRES	23
2.2.1. CRISE E INTERVENÇÃO EM CRISE	29
2.2.2. STRESSE E PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....	32
2.2.3. PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS	35
2.2.4. ORIENTAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	37
2.2.5. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	41
2.3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	44
2.3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	46
2.3.1.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	50
2.3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	60
2.3.3. POPULAÇÃO ALVO	61
2.3.4. DURAÇÃO	61
2.3.5. ENTREVISTA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	63
2.3.5.1. ANSIEDADE MODERADA A GRAVE.....	65
2.3.5.2. HUMOR DEPRESSIVO	66
2.3.5.3. COMPORTAMENTO ADITIVO.....	67
2.3.5.4. STRESSE	68
2.3.5.5. STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	69
2.3.6. PLANEAMENTO	70

2.3.7. EXECUÇÃO	84
2.3.8. AVALIAÇÃO	84
2.3.9. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	84
3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	85
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	85
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	90
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	98
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	110
---	------------

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – REFLEXÃO E AUTOAVALIAÇÃO DAS SESSÕES REALIZADAS	112
APÊNDICE II – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL”	136
APÊNDICE III – TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS: COMUNICAÇÃO	140
APÊNDICE IV – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO”	149
APÊNDICE V – SESSÃO PARA FAMÍLIAS “DIGNIDADE – EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES”	155
APÊNDICE VI – SESSÃO DE RELAXAMENTO	162
APÊNDICE VII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O SONO”	167
APÊNDICE VIII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ESTIGMA: MUDAR (PRE) CONCEITOS”	174
APÊNDICE IX – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “DOENÇA MENTAL E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”	179
APÊNDICE X – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “STRESSE, ANSIEDADE E PÂNICO”	191
APÊNDICE XI – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA E ESTRATÉGIAS PARA TREINO DE MEMÓRIA”	199
APÊNDICE XII – SESSÃO PARA FAMÍLIAS “COMUNICAÇÃO COM O DOENTE MENTAL”	206
APÊNDICE XIII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “DEPRESSÃO”	215
APÊNDICE XIV - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PODER DAS EMOÇÕES POSITIVAS” ...	221
APÊNDICE XV – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	230
APÊNDICE XVI – ARTIGO IX CONGRESSO DA ASPESM	232
APÊNDICE XVII – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO	234
APÊNDICE XVIII – FOLHETO “SONO”	236
APÊNDICE XIX - PLANO INDIVIDUAL PARA GERIR STRESSE E ANSIEDADE	237
APÊNDICE XX – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO PESSOA INCLUÍDA NO PROGRAMA	239
APÊNDICE XXI – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO FAMÍLIAS	240

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no âmbito da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, resultante da frequência do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação entre a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O Estágio Final do referido Mestrado decorreu no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria 2, Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA).

No decorrer do supramencionado estágio foi concretizado um projeto de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O referido projeto, relacionado com um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da pessoa após uma situação de stresse motivada por um desastre, procura elucidar a demonstração da aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), e de Mestre.

De acordo com o Decreto-Lei 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência publicado em Diário da República 1ª série, nº 151 de 7 de agosto, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem ter conhecimentos e capacidades de compreensão, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos já adquiridos. É importante o desenvolvimento de aptidões de investigação e, segundo a mesma fonte, pode ser adquirido através de uma especialização.

A regulamentação do presente mestrado alude que, para a obtenção do grau de mestre é necessária a aquisição de uma especialização de cariz profissional, com aprofundamento de conhecimento científico, que permita o entendimento e resolução de problemas nas diversas situações em contextos alargados e multidisciplinares. Desta forma, o mesmo regulamento menciona que o estudante deve desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada numa área da enfermagem, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, recorrendo à investigação, para que possua uma prática baseada na evidência.

A região do Algarve foi atingida em 2018 por um incêndio de grandes proporções com diversos impactos na vida da população. Neste sentido foi criado o Núcleo de Resposta de Saúde Mental a acidentes graves ou catástrofes na unidade Hospitalar de Portimão, no dia 6 de agosto como forma de dar resposta ao despacho nº 7059/2018.

O plano de catástrofe externa das Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos (2015) identifica os diversos riscos de desastres que a região do Barlavento Algarvio está sujeita, nomeadamente de origem natural, derivados do desenvolvimento tecnológico e derivados do comportamento humano. Verificou-se, que não existe, no referido plano, uma resposta ao nível da Saúde Mental.

Surgiu interesse pela área de intervenção no período pós-desastre, por se ter verificado a falta de resposta ao nível da saúde mental e por parte da área de enfermagem especializada. Surgiram então algumas interrogações: que tipo de apoio tem a pessoa com alteração do estado mental após uma situação do género? Qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP)? Assim, foi abraçado o desafio de desenvolver um programa de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em situações de stresse após desastre.

Foi elaborada a seguinte pergunta de investigação: *Quais as necessidades em cuidados de enfermagem especializados de enfermagem de saúde mental, das pessoas com doença mental, em situações de stresse após desastres ou acontecimentos traumáticos?* que serviu de base para a revisão sistemática da literatura, que foi ponto de partida para a elaboração do programa.

O programa de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica após desastre (Re)Construção, foi produzido com o intuito de dar resposta às necessidades identificadas na literatura, e na bibliografia consultada, permitindo um maior acompanhamento de quem manifeste stresse após a vivência de uma situação de desastre.

O título do projeto (Re)Construção surgiu como um mote para a atitude que é necessária após um desastre. A palavra reconstruir significa criar de novo ou reedificar. O título pretende refletir sobre o que é preciso reconstruir: caminhos, pontes, casas, e reconstruir uma vida sem alguns elementos, quando há perdas de vidas humanas.

As pessoas têm necessidade de se reorganizar, de serem apoiadas, é preciso que elas se reergam, que reconstruam, que se reorganizem, e que disponham de apoio para isso. O HD assenta na (re)habilitação, (re)integração e (re)socialização, pelo que a (Re)Construção não se refere à reconstrução material, mas à

(re)construção interior após uma situação de stresse. Também remete para a construção do projeto em si. Este projeto ambiciona a formulação de um programa que visa criar uma articulação nova, reforçando a importância do EEESMP numa situação pós-desastre.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o EEESMP deve ter a sua intervenção assente nas necessidades em saúde mental que identifica, com atividades de promoção de saúde, prevenção da doença e auxílio nos processos de reabilitação em todos os contextos (OE, 2018b). As situações de desastres causam numerosas alterações na pessoa com doença mental havendo maior risco de manifestações da doença após a vivência de uma situação de stresse, tendo este profissional um papel preponderante.

Os traumas mentais que resultam de situações de desastres naturais podem não ser reconhecidos, no entanto variam de situações leves a muito graves (OMS, 2015). As estatísticas demonstram que 20-40% das populações afetadas sofrem de alterações leves e 30-50% padecem de sofrimento psicológico moderado a grave (OMS, 2015). Quem já tem um distúrbio mental, conforme a mesma fonte, precisa de mais ajuda do que anteriormente, pois um apoio oportuno ao nível da saúde mental diminui as possibilidades de adoecer mental e psicologicamente.

Este relatório tem como objetivos:

- Caracterizar o contexto da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica onde decorreu o estágio final.
- Conceber um Programa de Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental em Situação de Stresse após Desastre na Região do Barlavento Algarvio (Portugal) centrado no papel do hospital de dia.
- Realizar uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista.
- Efetuar uma análise reflexiva do processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Demonstrar a aquisição de competências de mestre.

O presente trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos.

No primeiro capítulo, é realizada a caracterização do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUA e a descrição do serviço de Hospital de Dia (HD) e Reabilitação da Psiquiatria 2 do CHUA, para dar a conhecer forma de organização e dinâmicas do serviço onde foi efetuado o estágio final.

O segundo capítulo é dedicado ao programa de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Re)Construção. São apresentados alguns subcapítulos que apresentam o enquadramento conceptual aplicado na construção do programa, assim como a fundamentação teórica que sustenta o mesmo. Posteriormente são abordadas todas as fases de elaboração do programa através da metodologia de projeto que assenta no diagnóstico de situação (na qual foi executada uma revisão sistemática da literatura), definição de objetivos, planificação (com recurso a diagnósticos de enfermagem adequados e defendidos na literatura), execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

No terceiro capítulo é demonstrada a forma de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as de mestre. Através uma análise reflexiva das atividades e intervenções desenvolvidas durante o estágio final será evidenciado desenvolvimento pessoal e profissional que decorreu ao longo das semanas de prática clínica no HD e Reabilitação de Psiquiatria.

Para a criação do programa de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Re)Construção foi solicitado parecer à Comissão de Ética e ao Concelho de Administração do CHUA, tendo o mesmo sido deferido.

Este relatório encontra-se redigido segundo o Novo Acordo Ortográfico Português, com exceção das citações, em que é mantido o texto original. As normas de Referenciação são a APA (6ª ed.)

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O estágio final realizou-se no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) Entidade Pública Empresarial (EPE) tendo início a 17 de setembro 2018 e término a 25 de janeiro de 2019, num total de 384 horas.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018) a população residente em Portugal estima-se em 10 291 027 habitantes. Segundo a mesma fonte a população residente no Algarve prevista, em 2017, era de 439 617 pessoas, sendo 209 898 do sexo masculino e 229 715 do sexo feminino.

O Algarve é a região mais a sul de Portugal, e é constituído pelo distrito de Faro. A região divide-se em Barlavento e Sotavento.

O Barlavento Algarvio é constituído pelos concelhos de Vila do Bispo, Aljezur, Lagos, Monchique, Portimão, Silves, Lagoa e Albufeira. Abrange uma área de 2.061 Km², sendo a população residente, segundo as estimativas do INE (2018) referentes ao ano de 2017, de 201 733 habitantes, pelo que 5 585 moram no concelho de Aljezur, 22 753 no concelho de Lagoa, 30 543 no concelho de Lagos, 5 278 no concelho de Monchique, 55 331 no concelho de Portimão, 36 258 no concelho de Silves, 40 824 em Albufeira e 5 161 no concelho de Vila do Bispo.

O Sotavento Algarvio compreende 8 concelhos que se encontram com diversas densidades populacionais num total de 237 884 residentes. Deste modo, as previsões de população residente segundo o INE (2018), referente ao ano de 2017, indicam que Loulé apresenta 69 044 habitantes, São Brás de Alportel 10 459, Faro 60 920, Olhão com 44 849. Tavira apresenta 25 014 habitantes, Castro Marim tem 6 336, Alcoutim 2 318 e Vila Real de Santo António 18 944.

Figura 1: Mapa do Algarve (Disponível em: <https://visitandoportugal.wordpress.com/mapas-de-portugal/mapa-do-algarve/>)



Segundo o Ministério da Saúde (2019), O CHUA assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região do Algarve, num total de 16 concelhos, a uma população de cerca de 450 000 habitantes, podendo este número triplicar no Verão, a época alta do turismo.

O CHUA é composto pelas Unidades Hospitalares de Lagos, Portimão e Faro, pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul e pelos serviços de Urgência Básica do Algarve que existem em Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António. A criação do CHUA foi realizada em 2017 ao abrigo do Decreto-Lei 101/2017, embora todas as unidades já existissem antes da conceção deste centro hospitalar.

Apesar de Albufeira pertencer ao Barlavento, a nível institucional está associada aos concelhos do Sotavento, pelo que quem for deste concelho, em caso de necessidade de consulta ou de internamento, é encaminhado para a Unidade Hospitalar de Faro.

1.1. Caracterização do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUA engloba o Serviço de Psiquiatria 1, a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, o Serviço de Psiquiatria 2 e a Unidade de Psicologia (Ministério da Saúde, 2019).

O **Serviço de Psiquiatria 1** encontra-se em Faro, pertencendo à Unidade Hospitalar de Faro, ainda que localizado num edifício distinto desta, no anterior Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Algarve. É composto por internamento de Agudos, HD e Reabilitação de Psiquiatria, Seis Equipas de Saúde Mental Comunitária, urgência de Psiquiatria e Consulta Externa de Psiquiatria.

A **Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência** fica no mesmo edifício do Serviço de Psiquiatria 1, em Faro, e somente tem a valência de consulta externa que é assegurada por dois pedopsiquiatras e um enfermeiro.

A **Unidade de Psicologia** é constituída por três psicólogas em Portimão e seis em Faro, que estão inseridas nas equipas comunitárias de saúde mental e no apoio aos serviços de pediatria e de oncologia das respetivas unidades hospitalares.

O **Serviço de Psiquiatria 2** é formado por diversas valências para a prestação de cuidados a pessoas com doença mental com idade superior a 18 anos e localiza-se no piso 0 da Unidade Hospitalar de Portimão do CHUA. É constituído por Internamento de Agudos, ambulatório de Psiquiatria que engloba a Consulta Externa de Portimão, a Visitação Domiciliária, a Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde de Silves e as Equipas de Saúde Mental Comunitária de Lagos e de Monchique.

O HD e Reabilitação de Psiquiatria será descrito de forma mais pormenorizada, por ter sido o local da concretização do estágio final, no ponto seguinte.

1.2. Caracterização do Hospital de Dia e Reabilitação do Serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

O HD e reabilitação de psiquiatria do Serviço de Psiquiatria 2, em Portimão, foi inaugurado em 21 de novembro de 2016 e representa uma hospitalização parcial considerada um elemento de transição entre o internamento a tempo total e o tratamento ambulatório.

De acordo com o seu projeto (2016), este HD e Reabilitação baseia-se num programa de tratamento ambulatório que visa prestar cuidados a pessoas com patologia psiquiátrica grave, utilizando diversos modelos de tratamento através de uma equipa multidisciplinar. Difere das estruturas de centros de dia e áreas de dia socio-ocupacionais por estas se destinarem a cuidados de manutenção para quem tenha uma situação crónica, sem capacidade de reabilitação.

O HD e Reabilitação de Psiquiatria está acomodado no piso 0 da Unidade Hospitalar de Portimão, no espaço contíguo à consulta externa de psiquiatria.

O HD e Reabilitação tem capacidade para 12 pessoas com doença mental, funciona nos dias úteis das 9 às 17 horas, e as atividades são realizadas entre as 10 e as 16 horas. A equipa é formada por uma médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, um EEESMP, uma enfermeira graduada, uma assistente social, uma assistente técnico-administrativa e uma assistente operacional.

O HD de Reabilitação de Psiquiatria destina-se a adultos com alterações na saúde mental, em situação subaguda com indicação para abordagem terapêutica em contexto hospitalar sem necessidade de internamento a tempo total. Ficam excluídos aqueles que apresentem: agitação psicomotora e/ou agressividade/violência, em crise suicidária, com consumos ativos de álcool ou substâncias psicoativas ilegais, com transtorno demencial ou com debilidade mental média a profunda (Projeto do Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria, 2016).

A frequência das sessões, são tendencialmente diárias, no entanto pode haver alterações segundo a necessidade e a disponibilidade das pessoas.

Os objetivos do HD e reabilitação de psiquiatria, de acordo com o seu projeto (2016) são definidos da seguinte forma:

“o grande objetivo geral passa pelo tripé (re) habilitação, (re) integração e (re) socialização dos seus utentes mediante a implementação de programas específicos;
Constituir uma alternativa ao internamento clássico, a tempo total, e ao acompanhamento em consulta externa;
Funcionar como estrutura de transição bi-unívoca entre internamento clássico e consulta externa;
Reduzir a duração de internamentos a tempo parcial, com redução da demora média, permitindo a continuidade de cuidados em meio menos restritivo;
Minimizar isolamento sociofamiliar associado ao internamento a tempo completo.
Evitar/reduzir reinternamentos, com diminuição da pressão sobre a unidade de internamento e tempo total, reduzindo os gastos totais (como os cuidados em regime de internamento completo);
Proporcionar cuidados específicos e especializados não acessíveis em internamento a tempo total (destinado apenas a situação clínica aguda);
Adaptar os horários e períodos de prestação de cuidados a cada sujeito e sem determinar o afastamento do seu domicílio e cuidadores informais;
Contribuir para a formação pré e pós-graduada em saúde mental e psiquiatria
Contribuir para a promoção da saúde mental, prevenção da doença, diminuição do estigma associado à problemática da saúde mental e psiquiatria” (p.3)

No que toca ao encaminhamento, este é elaborado por um psiquiatra ou psicólogo. É preenchido um impresso de referência e posteriormente a equipa de HD e reabilitação contacta telefonicamente a pessoa, tendo em conta as vagas disponíveis, para uma entrevista de avaliação, que é efetuada por dois técnicos.

Esta entrevista prevê a execução de uma avaliação, assim como a explicação dos procedimentos do HD, verificação das dificuldades apresentadas, planeando os objetivos da intervenção e definindo os dias que passará a frequentar, sendo este planeamento executado em conjunto com o indivíduo. Também são avaliadas as condições sociais, nomeadamente a possibilidade de deslocação e, quando necessário, é providenciado transporte através do serviço de transportes do hospital àqueles que apresentem insuficiência económica.

Quando a pessoa integra o HD e Reabilitação de Psiquiatria procede-se, no primeiro dia, a uma entrevista de avaliação inicial de enfermagem em que são colhidos os dados pessoais, história pessoal e familiar de saúde, avaliação do estado mental, havendo um impresso próprio para o efeito. É igualmente disponibilizado, discutido e assinado o contrato terapêutico, e é fornecido um folheto Guia de Acolhimento do Hospital de Dia com as informações genéricas acerca do mesmo.

Embora cada pessoa com doença mental tenha um plano individual, e os dias da sua frequência são determinados de acordo com as suas necessidades, existe um programa de intervenção terapêutica em HD, com as atividades e intervenções planeadas para cada dia da semana. Quando necessário planeiam-se atendimentos individuais tanto por parte da psiquiatra, como da terapeuta ocupacional e/ou do EEESMP.

Entre as 9 e as 10 horas tem lugar uma reunião com os técnicos presentes, e esse tempo é utilizado, simultaneamente, para algum planeamento que esteja em falta ou preparação de atividades para o dia. As atividades iniciam-se sempre às 10 horas com uma caminhada.

Em todos os dias está estabelecido um intervalo da manhã, onde é distribuído um pequeno lanche, que inclui chá e bolachas, fornecido pelo serviço de voluntariado do hospital, entre as 11:20 e 11:40 horas. Neste intervalo as pessoas podem ir ao exterior, casa de banho e/ou fumar.

O almoço é provido no refeitório do hospital em que um profissional de saúde entrega uma senha de almoço com a identificação de cada indivíduo, e é fornecida a refeição completa (sopa, prato principal à escolha dentro das várias opções diárias da ementa, salada, sobremesa e água). Após o almoço existe um momento livre que se destina à ida ao bar do hospital sem acompanhamento de um profissional de saúde.

Entre as 15 e as 15:15 horas segue um intervalo no qual as pessoas que frequentam o HD podem ir ao exterior, casa de banho e/ou fumar.

A organização de atividades semanais está estruturada de acordo com o Projeto do Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria (2016). Salienta-se que a equipa médica do hospital de dia foi alterada, tendo sido planeado um novo programa de intervenção, com seleção de novos elementos para integrar as atividades.

2. PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL: (RE)CONSTRUÇÃO

2.1. Enquadramento Conceptual

O EEESMP presta cuidados com um vasto leque de saberes, mobilizando conhecimentos teóricos e práticos e estabelecendo uma relação terapêutica.

Em situações de stresse, a relação terapêutica criada é fundamental para a identificação dos problemas, planeamento de intervenções e implementação das mesmas, pelo que se considera pertinente usar como referencial teórico Hildegard Elizabeth Peplau.

Por outro lado, quem vivencia uma situação de desastre tem diversas carências, não só ao nível de bens de primeira necessidade, como também de segurança, pelo que será abordada a Hierarquia das Necessidades de Maslow.

2.1.1. Teoria das Relações Interpessoais

Peplau desenvolveu a teoria das relações interpessoais, em 1948, baseada na relação enfermeiro-utente, assente no princípio de que esta relação beneficia e promove o crescimento dos dois intervenientes (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). De acordo com os mesmos autores, o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada possibilita a resolução de dificuldades, fortalecendo a personalidade de ambos.

Almeida, Lopes e Damasceno (2005) mencionam a importância dada por Peplau à formação especializada que permita o reconhecimento e resposta às necessidades identificadas aproveitando as oportunidades.

Segundo Tomey & Alligood (2004), a teoria de Peplau trata dos papéis como um conjunto de valores e comportamentos necessários para a prestação de cuidados. Assim, a teoria das relações interpessoais é

centrada na relação entre o enfermeiro e o seu utente, deixando este de ser considerado como o objeto de ação de enfermagem e passando a ser parte integrante dos seus próprios cuidados.

Por sua vez, Townsend (2011) menciona vários papéis do enfermeiro, em conformidade com a teoria de Peplau, sendo eles: pessoa de recurso (aprovisiona informação necessária para o entendimento do problema ou situação atual), conselheiro (realizar escuta ativa aquando da expressão de sentimentos relacionados com as dificuldades identificadas) e professor (promove a melhoria da situação, fornecendo informação pertinente tendo em conta as necessidades de aprendizagem identificadas). O enfermeiro pode ter, ainda, o papel de líder (orienta a relação enfermeiro-utente e auxilia na tomada de decisão), de perito, de técnico (tem as capacidades necessárias para efetuar as intervenções) ou substituto.

Na mesma perspetiva, Tomey & Alligood (2004) referem que, na sua teoria, Peplau identifica 4 fases:

- Orientação: reconhecimento, identificação e definição do problema existente.
- Identificação: clarificação do problema e disponibilizada uma resposta por parte do enfermeiro.
- Exploração: conhecimento dos serviços de apoio disponíveis no qual a pessoa se sente confortável no ambiente e torna-se participante ativo do seu cuidado de saúde;
- Resolução: acontece quando surge a independência em relação ao enfermeiro que ajudou na resolução do problema.

Deste modo, para Peplau a enfermagem deve ser psicodinâmica, isto é, fundada nas relações humanas para ajudar a identificar as dificuldades sentidas mencionando, desta vez por Jordão e Gomes (2018), que a capacidade de ajuda viabiliza o crescimento pessoal e profissional. Os mesmos autores consideram que esta teoria se concentra na humanização dos cuidados de enfermagem funcionando como instrumento para um bom relacionamento com a comunidade.

Novamente, Tomey & Alligood (2004) indicam que a teoria de Peplau recai sobre dois pressupostos: (1) o tipo de pessoa que cada enfermeiro demonstra ser está diretamente relacionado com o que o utente vai aprender aquando dos cuidados de enfermagem e que (2) a promoção do desenvolvimento da personalidade com vista à maturidade é um objetivo da enfermagem e dos seus ensinamentos, utilizando métodos e princípios que orientam o processo no sentido de que os problemas interpessoais se resolvam.

A enfermagem é considerada por Peplau como uma profissão em que existe um processo interpessoal significativo e terapêutico, que coopera com outros processos humanos para que a saúde seja acessível para todos os indivíduos nas comunidades. O enfermeiro age como um instrumento educativo, uma força que

promove o desenvolvimento da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Tomey & Alligood, 2004).

Neste âmbito, Jordão e Gomes (2018) referem que esta teoria tem uma grande componente comunicacional, e considera aspetos culturais que podem ter influência nos processos de saúde e doença. Os mesmos autores referem a importância do uso desta teoria no quotidiano, podendo ser utilizada como objeto de orientação possibilitando, não só, o desenvolvimento da relação com a pessoa cuidada, como o autoconhecimento.

Embora a teoria de Peplau esteja centrada apenas no ambiente hospitalar, de acordo com Almeida, Lopes & Damasceno (2005), é importante que o enfermeiro considere sempre o ambiente individual, seja ele domiciliário ou institucional, e os fatores inerentes para que haja uma melhor adaptação à sua condição atual.

2.1.2. Hierarquia das Necessidades Humanas

Na relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada podem surgir várias emoções nomeadamente alegria, medo ou ansiedade. Como defendem Matsuoka e Silva (2013), as emoções e contextos podem ser analisados segundo a teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Abraham Maslow.

Com efeito, Townsend (2011) refere que a teoria de Maslow é fundamentada na busca contínua pela autorrealização, tendo o autor criado uma pirâmide com 5 níveis onde descreve as necessidades para que se atinja a autorrealização, sendo que apenas se pode progredir para um patamar superior, quando o inferior estiver satisfeito.

A teoria de Maslow pretende demonstrar a relação existente entre o comportamento motivacional e as diferentes necessidades humanas (Silva, Rezende & Uller, 2015).

De acordo com os mesmos autores as necessidades encontram-se divididas em primárias (fisiológicas e de segurança) que são influenciadas por estímulos externos e estão associadas à preservação e conservação pessoal, e necessidades secundárias (sociais, de estima e de autorrealização) que têm influência de estímulos internos e são necessárias a vontade e características pessoais.



Figura 2: Hierarquia das Necessidades de Maslow, Adaptado de Robbins (2002) in Credidio 2016.

Assim, a pirâmide de Maslow é composta por estes cinco níveis (Matsuoka & Silva, 2013):

- As necessidades fisiológicas incluem: alimentação, sono, exercício, eliminação, abrigo e expressão sexual.
- Necessidades de segurança e proteção abrangem o evitar o perigo, manter o conforto, ordem, estrutura, segurança física, libertar-se do medo e proteção.
- As necessidades sociais contêm o dar e receber afeto, companheirismo, relações interpessoais e identificação com um grupo, através do amor e pertença.
- A autoestima e estima dos outros refere-se à procura de respeito por si própria e pelos outros trabalhando para alcançar sucesso e reconhecimento no trabalho e deseja prestígio pelas suas conquistas.
- No topo da pirâmide encontra-se a autorrealização percebida como o sentimento de autorrealização e execução no seu mais alto potencial.

Para Ferreira, Demutti & Gimenez (2010) as necessidades fisiológicas foram colocadas na base da pirâmide de Maslow porque se estas faltarem o organismo não está disponível para satisfazer as outras necessidades, pelo que estas últimas são evidenciadas, apenas quando as necessidades fisiológicas estão satisfeitas.

Quanto a Silva, Rezende e Uller (2015), estes mencionam que a teoria de Maslow envolve um largo espectro de emoções que são socialmente e economicamente instáveis. No que concerne à necessidade de segurança, estes autores referem que ela é mais evidente quando surge uma situação de perigo; ao passo

que nas necessidades de amor ressalvam a importância de não se confundir a necessidade de afeto com a necessidade fisiológica que é o sexo.

No que toca à necessidade de autoestima e estima dos outros surge uma divisão em dois subgrupos em que o primeiro engloba o desejo de força para conquistar a independência e a liberdade e o segundo está relacionado com o desejo de prestígio, importância ou apreço (Ferreira, Demutti & Gimenez, 2010). Quando esta necessidade é satisfeita, os mesmos autores indicam que o indivíduo adquire autoconfiança e sensação de utilidade. Pelo contrário quando não é satisfeita, esta necessidade origina frustração, sentimento de inferioridade, fraqueza e impotência.

Por isso, Townsend (2011) refere que quem atinge o último patamar é psicologicamente saudável, evoluído e maduro e apresenta uma série de características baseadas na capacidade de se manifestar, aceitar-se, ter relações pessoais satisfatórias, ser eticamente correto e democrata, não se conformar e ser criativo.

Ainda que inicialmente esta teoria tenha sido criada segundo a premissa que só surge uma necessidade quando a de nível inferior está satisfeita, Ferreira, Demutti e Gimenez (2010) referem que Maslow faz referência, algum tempo após a elaboração da teoria, ao facto de a hierarquia dos grupos não obedecer a uma ordem fixa, e um sujeito possa sentir, por exemplo, necessidade de autoestima antes da necessidade de amor. A cultura também pode influenciar a priorização das necessidades sentidas.

Os mesmos autores sublinham que uma das críticas a esta teoria reside na não inclusão de todas as componentes do comportamento humano, havendo assim necessidades que não se encontram contempladas, tal como a ideia segundo a qual nem todo o comportamento é motivado, pois existe o comportamento expressivo que é considerado um reflexo da personalidade.

2.2. Enquadramento Teórico

2.2.1. Catástrofes e Desastres

O termo catástrofe significa destruição ou ruína. Segundo Beja *et al* (2018), as catástrofes são consideradas acontecimentos traumáticos que provocam grandes perdas, incluindo vidas, e que têm implicações na saúde, podendo afetar um grande número de indivíduos.

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2013), as catástrofes podem ter várias causas e, independentemente da sua origem, o resultado é o sofrimento humano. Após uma situação de catástrofe, há maior propensão para o desenvolvimento de doença mental. Desta forma, surge uma oportunidade para a construção de melhores cuidados em saúde mental (WHO, 2013).

A Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 27/2006, de 3 de julho, considera catástrofe como um ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e a condição socioeconómica nas áreas afetadas ou em todo o território nacional.

Distingue-se dois tipos de catástrofes: as naturais (sismos, erupções vulcânicas, cheias, ciclones, deslizamento de terras e secas), e as provocadas pelo homem (guerras e terrorismo) (Garrido, 2010).

No caso das catástrofes naturais, estas têm como principal causa as alterações climáticas como o aquecimento global (Mendes & Araújo, 2016). Segundo os mesmos autores, os fatores socioeconómicos e políticos também são apontados como potenciadores de catástrofes, visto não haver uma prevenção e preparação das populações para estas situações. Com efeito, Vieira (2017) menciona que a visão acerca de uma catástrofe natural vai além da sua causa, pois esta não ocorre unicamente pelas características ambientais, mas também pelas condições económicas, políticas e culturais. As catástrofes induzidas pelo homem surgem devido a uma falha no controlo de sistemas (Mendes & Araújo, 2016).

Por outro lado, na literatura consultada são destacadas outros termos que estão relacionados com catástrofes, sendo eles os desastres e as situações de emergência. Perante esta dualidade constatada considera-se pertinente abordar estes conceitos, de uma forma sucinta.

As situações que são consideradas emergências estão expostas no plano nacional de emergência da proteção civil (2017) e englobam: incêndios florestais, cheias e inundações, sismos e tsunamis, rutura de

barragens, ondas de calor e vagas de frio, secas, acidentes graves de tráfego. Incluem igualmente nevões, destruição de praias e sistemas dunares, acidentes industriais em estabelecimentos que lidam com substâncias consideradas perigosas, transporte de matérias perigosas, deslizamentos/movimentos de vertentes, galgamentos costeiros e erosão costeira, colapso de estruturas/edifícios, incêndios urbanos, ciclones e ventos fortes e ameaças envolvendo agentes Nucleares, Radiológicos, Biológicos e/ou Químicos.

Tal como as catástrofes, os desastres são classificados de acordo com a sua origem podendo ser de causa natural ou causa humana (Coutinho, 2010).

Deste modo, são considerados desastres naturais aqueles que ocorrem sem influência do homem. De facto, são normalmente eventos extremos como inundações, secas, tempestades, temperaturas muito altas ou muito baixas, incêndios e tsunamis, causando sofrimento, perda de vidas humanas (na maior parte das vezes em grande quantidade) e destruição de modos de subsistência (Rodrigues, 2010).

Os desastres naturais dividem-se, segundo Coutinho (2010) em duas categorias:

- Súbitos, podendo ter origem geológica (sismos, deslizamentos de terras, avalanchas, atividade vulcânica, tsunamis) ou hidrometeorológica (cheias, vento forte ciclones, furacões, tornados, tempestades locais, situações extremas de calor ou frio).
- Prolongados de origem climática como a seca, o degelo, alterações na composição físico-química da atmosfera e efeito de estufa.

Como sabemos, os desastres afetam os sistemas sociais, desde os mais pequenos aos maiores, e estão relacionados com danos ao nível social, económico, legal, cultural e psicossocial (Gonçalves, 2012). A mesma autora identifica as catástrofes naturais, desastres tecnológicos, situações de guerras ou terrorismo como acontecimentos traumáticos em que é necessária uma grande capacidade de readaptação.

Neste sentido, surge o conceito de vulnerabilidade aos desastres como a “susceptibilidade de um sistema socioeconómico ao impacto de eventos destrutivos” (Gonçalves, 2012, p. 6). Na vulnerabilidade aos desastres são considerados, de acordo com a mesma fonte, diversos fatores entre eles “o alerta precoce (a preparação), condições prévias e comportamento humano e das infraestruturas, consciência (tipo de conhecimento) do desastre, administração e políticas públicas e capacidade de organização em todos os campos de administração de desastres” (Gonçalves, 2012, p. 6). A mesma autora afirma ainda que a pobreza é umas das principais causas de vulnerabilidade em muitos países do mundo.

Nesta perspetiva o risco de desastre é definido como a probabilidade da ocorrência de um desastre, as suas consequências e as perdas provocadas (Gonçalves, 2012). A avaliação do risco de um desastre compreende a avaliação da vulnerabilidade e a previsão do impacto, sendo esta última fundamental para que haja uma preparação para a ação por parte da sociedade. A autora aponta para a existência de diversos estudos que comprovam que os indivíduos e comunidades resilientes têm maior capacidade de adaptação às situações adversas, aproveitando oportunidades de reconstrução por serem mais ativos e responsáveis socialmente.

Gonçalves (2012) refere nomeadamente que uma comunidade pode apresentar vários tipos de vulnerabilidade dividindo-a em vulnerabilidade cultural (falta de conhecimentos acerca da ameaça do desastre e dos comportamentos a adotar perante a sua ocorrência), social e económica (que está associada à carência de acesso a recursos essenciais). Existe ainda a vulnerabilidade institucional e a psicossocial, e esta última é causada pela falta de preparação, transmissão de informação e de treino às pessoas e grupos, podendo aumentar as situações de stresse e trauma.

De acordo com Benfield (2018), para que uma situação seja considerada como desastre natural é preciso que esteja presente, pelo menos, um dos seguintes parâmetros: “Prejuízo Económico: US\$50 milhões, Prejuízo Segurado: US\$25 milhões, Mortes: 10, Feridos: 50, Imóveis / Estruturas Danificadas ou Pedidos de Indenização: 2.000” (p. 12). A nível mundial, segundo a mesma fonte, foram registados 330 desastres naturais em 2017, correspondendo a 20% a mais da média registada entre os anos 2000 e 2016.

Consequentemente desastre e catástrofe são conceitos que estão interligados e representam situações que afetam negativamente a vida, causando mudanças permanentes no ambiente e nas próprias pessoas.

A nível mundial, as catástrofes mais frequentes são furações, cheias, deslizamento de terras e terremotos, e o relatório de Benfield (2018) aponta que no ano de 2017 terão morrido 10 000 pessoas em desastres naturais, tendo sido identificados maiores riscos ao nível de ciclones tropical, temperaturas extremas e incêndios florestais. Ao nível da Europa, os cinco eventos mais significativos, segundo a mesma fonte, prendem-se com seca no sul da Europa, clima severo e tempestade na Europa Central, terremoto no Irão e os incêndios florestais em Portugal.

Coutinho, já em 2010, refere que nas últimas décadas tem havido um crescimento de desastres naturais em todo o Mundo tendo, este aumento, se verificado não só ao nível da frequência, mas também na intensidade e nos prejuízos causados. Este autor ressalva que atualmente é impossível prever e controlar

estes fenómenos, no entanto a prevenção torna-se fundamental para a redução do impacto destas situações na sociedade.

Existem, aliás, fatores que contribuem para o aumento das ameaças e vulnerabilidades a desastres e a interferência do ser humano com o ambiente, nomeadamente, o crescimento desordenado das cidades e ocupação de áreas de risco é apontado como uma das causas das alterações atmosféricas (Coutinho, 2010).

No que concerne a situações que se repetem todos os anos, como é o caso dos incêndios em Portugal, há um sentimento, para além do sofrimento pelas perdas de bens e/ou vidas, de revolta em relação ao poder político que não tem uma ação de prevenção destes fenómenos de forma mais incisiva (Gomes, 2006).

Com o intuito de alertar os governos, organizações e cidadãos para as causas e consequências das catástrofes foi criado, em 1989, pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Dia Internacional para a Redução de Catástrofes. Assim, como referido na Plataforma Nacional para a Redução do Risco de Catástrofes (PNRRC) (2018), é necessário o desenvolvimento de ações de prevenção de riscos e redução de vulnerabilidades, aumentando a resiliência, capacidade de antecipação e aumento da resposta face à ocorrência de acidente graves ou catástrofes. A complexidade da diminuição dos riscos de catástrofes faz com que nenhuma nação ou instituição possa enfrentá-la de forma isolada, sendo fundamentais esforços coletivos e conhecimentos de todos os sectores da sociedade (PNRRC, 2018).

Neste sentido, foi criado, em 1999, a Estratégia Internacional de Redução do Risco de Catástrofes (ISDR) que pretende assegurar a cooperação entre as atividades da ONU e de outras organizações regionais na redução do risco de catástrofes e promoção de atividades de cariz socioeconómico e humano (PNRRC, 2018).

Esta estratégia coordena e informa acerca do progresso na **implementação das Declarações de Hyogo e Sendai, que constituem dois documentos formais que têm como meta para 2025, uma redução das perdas de vidas humanas, bem sociais, económicos e ambientais resultantes de catástrofes (PNRCC, 2018).**

Foi então formulado um quadro de ação de Hyogo que tem cinco prioridades, apresentadas por Rodrigues (2010) como:

- 1ª Prioridade – Dimensão Política: garantir que a redução do risco de desastres (RRD) seja uma prioridade nacional através de um mecanismo institucional designado por Plataforma Nacional para a Redução de Risco de Catástrofes.
- 2ª Prioridade – Dimensão Científica: identificar, avaliar, monitorizar os riscos de desastres e melhorar os avisos atempados, tendo sido priorizada a avaliação dos riscos a nível nacional e local.

- 3ª Prioridade – Dimensão Social: construir uma cultura de segurança e de resiliência, através do conhecimento, da inovação e da educação e tem como atividades principais a gestão e partilha de informação, a educação, formação, pesquisa e sensibilização do público.
- 4ª Prioridade – Dimensão das vulnerabilidades: minorar os fatores de risco subjacentes, através da abordagem às vulnerabilidades identificadas, tendo atenção à forma como os acontecimentos interagem com o espaço construído pelo ser humano (Rodrigues, 2010).
- 5ª Prioridade – Dimensão da ação de emergência face aos desastres: reforçar as estratégias de preparação face aos desastres ressaltando a importância da aquisição de conhecimentos, capacidades e recursos adequados para que seja possível limitar, consideravelmente, as consequências de um desastre.

A 3ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a redução do risco de catástrofes, em Sendai, no Japão (PNRRC, 2018) adotou **o quadro para a redução do risco de catástrofes 2015-2030**, que define as prioridades para os próximos 15 anos no âmbito da resiliência e redução de risco e assenta em quatro pilares:

- i) Aprofundar o conhecimento sobre o risco de catástrofes;
- ii) Fortalecer a componente de gestão do risco de catástrofes;
- iii) Investir na componente de redução do risco de catástrofes para uma melhor resiliência; e,
- iv) Reforçar a componente de preparação para uma resposta efetiva”.

A criação da PNRRC é considerada uma mais-valia, pois a experiência e conhecimento técnico das entidades e parceiros podem capacitar as comunidades para lidar com a prevenção e mitigação de riscos de catástrofes.

Uma das atividades da ISDR é a campanha das cidades resilientes que incentiva à criação de medidas que contribuam para o aumento da resiliência em catástrofes sendo que, até maio de 2018, estavam reconhecidas cerca de 2000 cidades resilientes, havendo várias portuguesas, que são entre outras Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão e Silves (apenas foram colocadas as cidades incluídas nesta iniciativa que pertencem ao Barlavento Algarvio).

Ademais, Sousa (2012) refere que entre os desastres naturais, os terremotos são aqueles que têm maior probabilidade de causar os efeitos mais devastadores em Portugal. A atividade sísmica registada em Portugal, a existência de construções vulneráveis aos sismos e a reduzida frequência de sismos com grande impacto revelam a importância de serem adotadas medidas para a redução do risco sísmico (Sousa, 2012). A mesma autora menciona que, em relação a perdas humanas, o Algarve é a zona do país onde se esperam maiores perdas absolutas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), os traumas mentais que resultam de situações de desastres naturais muitas vezes não são reconhecidas, e as projeções mostram que os problemas de saúde mental pós-desastre variam de situações leves a muito graves.

Por sua vez, Vieira (2017) salienta que quanto pior as consequências de um desastre, maior a necessidade de apoio psicossocial. Quem já sofre de um distúrbio mental, perante uma situação de catástrofe, precisa de mais ajuda do que anteriormente, dado que as evidências demonstram que um apoio oportuno de saúde mental e psicossocial minimiza as possibilidades de adoecer mental e psicologicamente (OMS, 2015). Todavia, este tipo de apoio tem que ter em conta as características sociais e culturais da população.

Posteriormente, Gonçalves (2012) refere que existem fatores de proteção no desenvolvimento de psicopatologia em situação de desastre, nomeadamente elevada escolaridade, preparação para lidar com o acontecimento, as simulações como forma de treino para avaliar e saber como agir perante um desastre, a coesão, e o suporte familiar e social.

Com efeito, as pessoas sofrem de uma diversidade de problemas de saúde mental durante e após situações de emergências, pelo que é importante fomentar um sentimento de segurança, alguma tranquilidade e esperança com acesso a apoio social, físico e emocional (OMS, 2017). As situações potenciadoras de trauma representam oportunidades para melhorar os serviços de saúde mental para aqueles que foram afetadas, originando o desenvolvimento de estratégias de apoio que tenham em conta a sua melhoria a longo prazo.

Os desastres são, de facto, situações que potenciam o aumento de perturbações de ansiedade e de humor por terem uma forte carga emocional, e a perturbação de stresse pós-traumático é uma das diversas reações que podem surgir (Gonçalves, 2012).

A OMS defende que a saúde mental é crucial para o bem-estar geral, funcionamento e resiliência das pessoas, sociedades e países durante e ulteriores a situações de emergência (OMS, 2017).

2.2.1. Crise e Intervenção em Crise

A vida pode ser analisada, de acordo com Pio Abreu (2007), como um processo traumático, pois a educação, o enfrentamento da realidade e toda a aprendizagem contêm uma componente de trauma. Neste sentido, o mesmo autor defende que o problema não é evitar os traumas, quando são evitáveis, mas enfrentá-los e aprender a lidar com os mesmos. Como forma de análise, o próprio expõe já ter passado por situações de crise, e considera que dois terços da população vivem, pelo menos uma vez na vida, situações passíveis de provocar perturbação de stresse pós-traumático. Considera, ainda, que as situações limite são potencialmente traumáticas, mas também oferecem oportunidades de solidariedade.

A palavra crise aparece, muitas vezes, associada a situações de catástrofe. A sua definição difere em função do contexto. A crise é provocada por uma situação de stresse, e faz parte do quotidiano, perturbando o equilíbrio individual (Townsend, 2011). É tratada, pela mesma autora, como “desequilíbrio psicológico numa pessoa que se confronta com uma circunstância perigosa e que constitui um importante problema para o qual, naquele momento, este não consegue escapar nem resolver com os recursos habituais de resolução de problemas” (p. 900).

Por seu lado, a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) identifica a crise enquanto “tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade em reconhecer ou aceder a recursos” (OE, 2016, p. 51).

De acordo com Fialho (2014) mencionando Caplan, a crise pode ser uma oportunidade de crescimento ou originar vulnerabilidade para o surgimento de doenças mentais. Para a mesma fonte, todos os seres humanos vão passar por uma crise numa ou noutra altura da vida, no entanto nem todos vão desenvolver uma psicopatologia. Noutra perspetiva, Townsend (2011) refere que as crises são provocadas por eventos específicos que são identificáveis e têm uma natureza própria, isto é, o que uma pessoa considera de crise, a outra pode não considerar.

Por conseguinte, existem diversos tipos de crise que são catalogadas deste modo: as crises relacionadas com o ciclo de vida ou com uma situação psicopatológica existente, as de desenvolvimento, as relacionadas com emergências psiquiátricas ou as resultantes de situações de stresse traumático. Estas últimas estão associadas a situações inesperadas causadoras de stresse nas quais não existe controlo (Townsend, 2011).

Fialho (2014) citando Caplan relembra que é necessário o desenvolvimento de homeostase psicológica e estabilidade social e identifica quatro fases no desenvolvimento da crise:

- Na primeira fase, a pessoa é exposta a um fator de stress aumentando a ansiedade;
- Na segunda fase, as técnicas para resolução de problemas não funcionam, a ansiedade aumenta e, apesar de usarem algumas estratégias de *coping*, estas não parecem eficazes e surge a sensação de impotência, podendo advir alguma desorganização.
- Na terceira fase, há uma tentativa de resolução do problema de uma forma diferente, mobilizando mais recursos o que pode originar resignação, aceitação ou adaptação, reduzindo o problema;
- Se não houver resolução nas fases anteriores, a tensão aumenta, a ansiedade pode originar situações de pânico e há desorganização, eclodindo a crise.

De acordo com Sequeira (2015), a avaliação da crise tem que ter em consideração a dimensão clínica, a rede social e a posição individual. Na dimensão clínica, são avaliados os sintomas, a sua gravidade e a agudização da doença. Na rede social e de suporte é pertinente apurar o grau de rutura desta rede e a capacidade de resolução da crise. Pode surgir uma reação negativa perante a intervenção dos serviços, podendo ser recusada a ajuda especializada, e este aspeto é avaliado na verificação da posição da pessoa.

O mesmo autor refere que a crise põe em causa o equilíbrio do sistema, e para que a mesma seja resolvida é imprescindível que o sistema tenha flexibilidade a fim de potenciar a capacidade de adaptação e evolução.

Nestas situações, importa que a ajuda psicológica e psiquiátrica seja disponibilizada imediatamente para intervir nos problemas de saúde mental específicos e urgentes, como parte da resposta de saúde (OMS, 2007). Destaca-se, então, o conceito de intervenção em crise que é um tipo de ajuda de emergência na qual o profissional torna-se parte da situação de vida no sentido de “proporcionar orientação e apoio para ajudar a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise e restaurar ou gerar uma melhoria no nível anterior de funcionamento” (Townsend, 2011, p. 904). Neste âmbito e de acordo com Sequeira (2015), a duração desta intervenção é limitada variando de poucos dias a poucas semanas.

A intervenção em crise representa um processo que se concentra na resolução de problemas no imediato, utilizando recursos pessoais, sociais e ambientais (Sequeira, 2015). O mesmo autor menciona que a crise é sempre resolvida no presente, sendo indispensável uma “continuidade entre a estrutura passada e a que se encontra em vias de definição” (p. 21). A intervenção em crise é considerada a primeira ajuda de emergência para a saúde mental implicando um suporte adequado para evitar uma maior deterioração física ou emocional. Envolve, por isso, três componentes: a crise atual, incluído a perceção individual perante uma situação incontroável; a pessoa em crise; e por fim o profissional/pessoa que ajuda.

Neste sentido, Sequeira (2015) sublinha que a finalidade da intervenção em crise é uma resolução rápida da crise evitando uma maior deterioração ao nível funcional, promovendo o crescimento e reconhecendo sinais de perigo para evitar resultados negativos. A resolução de uma crise inclui restauração do equilíbrio, domínio cognitivo da situação e aquisição de novas habilidades, no entanto uma situação de luto pode demorar vários anos para ser resolvida.

Na intervenção em crise, segundo Townsend (2011), é fundamental desenvolver algumas atividades que se encontram divididas em quatro fases: a apreciação, o planeamento da intervenção terapêutica, a intervenção e avaliação da resolução da crise e, finalmente, o planeamento antecipado. Seguidamente é apresentada a explicação das ditas fases.

- Na primeira fase, o profissional deve reunir a informação relativa ao evento causador de stresse, avaliando o estado físico e mental, os mecanismos de *coping* utilizados, o potencial suicida ou homicida, a determinação do nível de funcionamento pré-crise, a perceção individual em relação aos seus pontos fortes e limitações e o uso de substâncias. De acordo com a mesma autora, alguns dos diagnósticos possíveis nesta fase serão: *coping* ineficaz, ansiedade grave, pensamento alterado, risco de violência dirigida ao próprio ou terceiros, stresse pós-traumático e medo.
- No planeamento da intervenção terapêutica são seleccionadas as intervenções de acordo com os diagnósticos identificados.
- Na implementação das intervenções é essencial que o profissional use uma abordagem direccionada para a realidade, disponibilize presença, estabeleça relação terapêutica, esclareça o problema que a pessoa está a enfrentar reconhecendo sentimentos de raiva, culpa, impotência e incapacidade e identifique sistemas de apoio externos que possam ser necessários.
- Na fase de avaliação, o profissional verifica se ocorrer uma evolução e encaminha, se necessário, para outro tipo de seguimento.

Consequentemente, na intervenção em crise é importante haver um reforço do comportamento, através de respostas positivas, de forma a promover a autoestima e a autovalorização, explorando soluções para a resolução do problema no sentido da reabilitação psicossocial (Fialho, 2014). O mesmo autor aborda a importância de compreender a crise como uma oportunidade de ajudar a pessoa na aquisição de estratégias, num momento de intenso sofrimento psíquico.

Desta forma, Sequeira (2015) evidencia a importância da existência de um ambiente seguro e de uma expressão de sentimentos compreendendo a situação que precipitou a crise e as estratégias de *coping* demonstradas.

2.2.2. Stresse e Perturbação de Stresse Pós-Traumático

O stresse é uma reação da pessoa a uma mudança que exija adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional (Pinto & Ramos, 2013). Os mesmos autores aludem que o stresse é considerado uma série de agressões que se exercem sobre um organismo, e é visto como uma reação desenvolvida para conseguir gerir as perturbações ou alterações do seu quotidiano.

O stresse é desencadeado por um agente stressor sendo, este último, entendido como “um fator biológico, psicológico, social ou químico que causa tensão física emocional e que pode ser um fator na etiologia de diversas doenças” (Townsend, 2011, p. 3).

De acordo com Vaz-Serra (2000), o stresse faz parte da vida quotidiana e permite a aprendizagem possibilitando o desencadeamento de diversas respostas. O mesmo autor assinala que o stresse surge quando não subsistem aptidões nem recursos para ultrapassar uma circunstância havendo, geralmente, sensação de perda de controlo.

Esta sensação de perda de controlo, em concordância com a mesma fonte, pode ser real ou corresponder a uma crença. Quando é real não existe nem a capacidade nem os recursos suficientes para controlar a situação. Ao invés, se um indivíduo apresentar recursos suficientes, mas acreditar que os mesmos não são razoáveis para ultrapassar a situação, manifesta-se a crença da tal sensação (Vaz-Serra, 2000).

Neste âmbito, se o stresse proporcionar desenvolvimento pessoal e limitar-se a uma determinada circunstância que é ultrapassada com êxito, é considerado benéfico. Todavia, se afetar a vida e a estabilidade individual, de forma pontual ou prolongada, é considerado prejudicial (Vaz-Serra, 2000).

Desta forma, Pinto e Ramos (2013) indicam a existência de dois tipos de stresse: O eustresse e o distresse. O eustresse prende-se com o stresse positivo, e corresponde à fase inicial de stresse, em que o

indivíduo fica num estado de alerta, advém produção de adrenalina, despoletando a produtividade e a criatividade (Donker *et al*, 2010). O distresse ou stresse negativo enquadra-se no stresse em excesso, que sobrevém quando são ultrapassados os limites individuais (Donker *et al*, 2010).

Para os mesmos autores, no distresse ocorre um desgaste do sistema adaptativo, podendo emergir sintomas de depressão, ansiedade e manifestações somáticas, não existindo capacidade de adaptação. O distresse é considerado, novamente por Donker *et al* (2010), um dos indicadores de saúde mental mais importantes para verificar a vulnerabilidade no desenvolvimento de transtornos de ansiedade ou depressão.

Paralelamente, a gravidade que o sujeito atribui ao acontecimento vai influenciar a sua resposta. A gravidade é entendida como aquilo que pode originar uma mudança significativa na vida e afetar os próprios objetivos. A interpretação atribuída à situação é que motiva a ativação das respostas de stresse (Vaz-Serra, 2000).

Para Pinto e Ramos (2013) as circunstâncias indutoras de stresse podem ter origem física, psicológica ou social. Acontecimentos traumáticos graves ou acontecimentos significativos da vida induzem, igualmente, a situações de stresse. Por outro lado, Caçote e Faria (2016) relacionam os fatores que podem fazer com que haja maior vulnerabilidade ao stresse: o perfeccionismo, a intolerância à situação, a falta de apoio social, os contextos de vida adversos, a falta de afeto e a rejeição.

Desta forma, já em 2008, Pio Abreu, mencionava que perante uma situação ameaçadora a pessoa reage, normalmente, através do mecanismo de luta e fuga. Neste mecanismo de luta e fuga, há o desenvolvimento de alterações fisiológicas como forma de reação ao stresse, como por exemplo pupilas dilatadas, aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da tensão arterial, diminuição da motilidade gástrica e intestinal, aumento da motilidade do músculo da uretra, entre outros (Townsend, 2011).

A mesma autora refere que Selye cataloga três fases para a adaptação do indivíduo a uma situação de stresse: reação de alarme, resistência e exaustão. Na primeira fase, há um início das respostas fisiológicas da reação de luta ou fuga; na segunda fase, surge uma tentativa de adaptação ao agente stressor, e se isso acontecer, os sintomas fisiológicos podem desaparecer e não ocorre a passagem para o estágio seguinte. Por fim, na fase de exaustão, ocorre uma exposição prolongada ao agente stressor, aparece uma sensação de esgotamento e não se consegue usar os recursos de adaptação ao stresse surgindo, por vezes, doenças coronárias ou doenças mentais (Townsend, 2011).

Em conformidade com Pio Abreu (2008), as reações que podem surgir perante uma inadequação na fase de luta são as reações paranoides, ao passo que uma inadequada fuga pode originar reações fóbicas ou ataques de pânico, causando ansiedade. Quando as situações envolvem perdas de bens e/ou pessoas, o mesmo autor ressalta o aparecimento de síndromes depressivas, existindo um processo de luto que, se não for bem resolvido, pode tornar-se numa reação de luto patológico.

Por outro lado, quando há capacidade de adaptação, assistimos à preservação da integridade individual ou o regresso ao equilíbrio (Pinto & Ramos, 2013). Na mesma direção, estes autores salientam que a reação ao stress pode ser influenciada por fatores predisponentes que englobam as influências genéticas, as experiências passadas e as condições existentes.

Assim, para que sobrevenha uma resposta adaptativa a uma situação de stress é importante que sejam desenvolvidas estratégias de *coping* (habilidades usadas aquando de situações indutoras de stress) que protejam o indivíduo dos danos adicionais ou fortaleçam a sua capacidade de fazer face a situações desafiadoras (Townsend, 2011). As estratégias adaptativas de *coping* envolvem a sensibilização, relaxamento, meditação, comunicação interpessoal ou o recurso a música. Se não se lograr a resolução da situação, segundo a mesma fonte, há uma resposta mal adaptativa, a energia começa a esgotar-se tanto física como psicologicamente aumentando a vulnerabilidade a doenças quer físicas quer psicológicas.

Tendo em conta Vaz-Serra (2000), o stress pode ter diversas consequências: diminuição do rendimento pessoal, manifestação de comportamentos desorganizados, diminuição da tolerância à frustração com irritabilidade fácil, diminuição da atenção, aumento da ansiedade, aumento do consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias psicoativas ilícitas. A alteração da perceção e a realização de mais erros, na esfera laboral, representa outras das consequências do stress, resultando num acréscimo dos acidentes e faltas ao trabalho.

As situações de desastre estão associadas ao aparecimento de perturbações de stress pós-traumático. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM 5), o transtorno de stress pós-traumático está englobado nos transtornos relacionados com o trauma e a sua principal característica é o desenvolvimento de sintomas diagnósticos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos (APA, 2014). Os critérios para o diagnóstico estão definidos no DSM 5 e incluem:

“exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas: Vivenciar diretamente o evento traumático. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas (...) Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou

amigo próximo. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático” (APA, 2014, p. 271).

Perante situações similares ao evento traumático, numa perturbação de stress pós-traumático, é comum o aparecimento de lembranças angustiantes e recorrentes ou sonhos perturbadores e relacionados com a situação (APA, 2014). A mesma fonte narra, igualmente como sintomas, a ocorrência de reações dissociativas em que um indivíduo sente ou atua como se estivesse a viver a mesma situação novamente, causando-lhe sofrimento psicológico intenso ou prolongado. Observa-se um evitamento persistente a estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas na cognição e no humor surgindo similarmente reatividade. Esta perturbação ocasiona sofrimento clinicamente significativo e dificuldades nas relações sociais, profissionais ou noutras áreas significativas da vida (APA, 2014).

Em concordância com o exposto anteriormente, são frequentes, em situações de perturbação de stress pós-traumático, a existência de sintomas de despersonalização no qual há uma sensação de observador externo dos processos mentais ou do próprio corpo, isto é, tem-se a impressão de estar num sonho ou que tudo acontece em câmara lenta. A desrealização representa outra manifestação frequente deste transtorno e é entendida como uma situação persistente ou recorrente de irreabilidade do ambiente onde se encontra (APA, 2014).

Consoante os diagnósticos de enfermagem NANDA (2015), a perturbação de stress pós-traumático revela uma “resposta mal-adaptada e sustentada a evento traumático e opressivo” (p. 322), e algumas das suas características definidoras são: agressão, alteração na concentração e no humor, presença de ansiedade, sentimentos de culpa, depressão, desesperança, medo, irritabilidade, pesadelos, raiva, ameaças a outras pessoas ou comportamentos auto lesivos, entre outros. Esta perturbação é frequentemente atribuída a indivíduos que estiveram em situações de guerra, havendo vários artigos em que as populações em estudo, eram, principalmente, veteranos de guerra.

2.2.3. Primeiros Socorros Psicológicos

Os primeiros socorros psicológicos ou primeiros cuidados psicológicos constituem uma recomendação de vários grupos de especialistas internacionais e nacionais, e são uma alternativa à entrevista psicológica,

aplicados em situação de stresse agudo após um evento traumático (WHO 2011). Incluem apoio psíquico e social.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os primeiros socorros psicológicos consistem numa forma de apoio e cuidado prático e não invasivo que permitem avaliar necessidades e preocupações, ajudando na satisfação de necessidades básicas. Assenta na escuta, sem pressão para que o indivíduo fale, confortando-o e ajudando-o a manter alguma tranquilidade (WHO, 2011). Também deve facilitar a aquisição de informações adequadas acerca de pessoas significativas e serviços de apoio social e, para a mesma fonte, são direcionados para vítimas de emergências recentes.

Desta forma, os primeiros socorros psicológicos não constituem um atendimento psicológico individual (WHO, 2011), um método de diagnóstico, uma intervenção psicoterapêutica nem uma forma de tratamento e não pretendem substituir a intervenção terapêutica (Beja *et al*, 2018).

Os mesmos autores explicam que os primeiros socorros psicológicos: “inscrevem-se num complexo interdisciplinar, sistémico e complementar de resposta orientado para intervir em cenários de crise, catástrofe e emergência” (p. 140). As particularidades dos contextos de intervenção fazem com que haja a possibilidade de serem efetuados quer por profissionais de saúde quer por pessoas de outras áreas, desde que tenham conhecimento e treino em primeiros cuidados psicológicos (WHO, 2011).

Por conseguinte, a forma como se reage a uma catástrofe depende de vários fatores, sendo nomeadamente a natureza e gravidade do fenómeno, vivência anterior de situações de crise, suporte familiar e social, saúde física, história individual de doença mental, cultura, tradições individuais e idade (WHO, 2011).

Consequentemente, a primeira premissa da execução dos primeiros socorros psicológicos reside na segurança, pelo que estes cuidados são realizados, preferencialmente, em locais seguros, confortáveis e onde a pessoa se sinta resguardada, ressaltando a sua privacidade (WHO, 2011). Também é importante manter distância de estímulos visuais ou sonoros provenientes do episódio crítico (WHO, 2011). Se isso não for possível, a mesma fonte remete para a importância de garantir a segurança e uma distância mínima em relação ao local afetado, com recurso a meios da comunidade como centros de saúde, sociedades ou centros recreativos locais ou outros existentes nas proximidades do local onde teve lugar o desastre.

Posto isto, a delegação de Vila Nova de Gaia da Cruz Vermelha Portuguesa (2016), menciona 4 elementos básicos dos primeiros socorros psicológicos que exigem: manter a proximidade, proporcionando segurança e criando confiança; escutar ativamente, elucidando o que não ficou esclarecido; aceitar

sentimentos desde a alegria por ter sobrevivido até à vergonha por ter escapado ileso; e proporcionar cuidados gerais e ajuda prática com o estabelecimento de contactos com alguém que possa fazer um acompanhamento e prestar apoio, de acordo com as necessidades identificadas.

No mesmo sentido, a WHO (2011) refere que as pessoas sentem vontade de ajudar quando uma situação de desastre sobrevém, contudo é essencial a consciencialização das limitações e do tipo de ajuda que pode ser disponibilizada. Para efetuar os primeiros socorros psicológicos é preciso ter formação e capacidade de avaliação para discernir as situações que requerem encaminhamento para uma ajuda mais diferenciada.

Para Beja *et al* (2018), o aumento da magnitude e da frequência das catástrofes faz com que os primeiros socorros psicológicos sejam “uma espécie de espelho, que reflete e prolonga o universo cultural e intrapsíquico do ser humano em sofrimento, mas que também de algum modo o transforma e molda” (p. 140). E acrescentam que estes “configuram-se como veículos promotores da catarse, do autoconhecimento e da metamorfose da narrativa do indivíduo, concedendo-lhe a possibilidade de retomar – mesmo que de forma periclitante, hesitante e árdua – a vida quotidiana de outrora” (Beja *et al*, 2018, p. 140).

No entanto, as autoras citadas anteriormente, expõem a falta de sustentação da eficácia destas medidas e validação das mesmas, pois apesar de amplamente defendidos, continua ainda sem se saber qual é exatamente a eficácia e as repercussões benéficas dos primeiros socorros psicológicos. Em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses tem apostado na formação de profissionais para situações de crise e emergência, a fim de capacitá-los para a intervenção na especificidade destas situações.

2.2.4. Orientações sobre a Saúde Mental em Situações de Emergência

Perante uma situação de desastre podem advir uma multiplicidade de reações tais como sentimentos de sobrecarga, confusão, medo ou ansiedade (Beja *et al*, 2018). Partindo do princípio que qualquer pessoa pode ter a força e as habilidades necessárias para lidar com os desafios da vida, existem, porém, outras mais vulneráveis a situações de crise e que necessitam de ajuda, nomeadamente as que “podem estar em risco ou que precisem de apoio adicional em virtude da sua idade (crianças e idosos), em razão de problemas

físicos ou mentais ou porque pertencem a grupos que podem ser marginalizados ou alvo de violência” (Beja *et al*, 2018, p. 127).

Em 1992 foi criado um Comité Permanente de Interagências (IASC) constituído pelas chefias das organizações humanitárias, que tem como finalidade organizar os tipos de ajuda em situação de emergência (IASC, 2008).

Deste modo, foi concebido um guia com as Orientações do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência (2008) frisando que “uma das prioridades em situações de emergência é proteger e melhorar a saúde mental e o bem-estar psicossocial das pessoas” (p. 5). Esta entidade aponta para a existência de uma lacuna na coordenação, na identificação de práticas adequadas e nas diferentes abordagens de saúde mental, demonstrando a necessidade de um quadro de referência para o efeito.

Nesta perspetiva, a IASC (2008) defende que, numa fase inicial, são impriscindíveis os apoios sociais para proteger e auxiliar a saúde mental, presumindo que as respostas às necessidades básicas devem ser aplicadas de forma precoce.

Posto isto, o guia orientador baseia-se nos seguintes princípios fundamentais: direitos humanos e equidade, promoção das populações afetadas na resposta à crise, não causar dano, basear a ação nos recursos e capacidades disponíveis, sistemas de apoio integrados e organizados, e criação de múltiplos níveis de apoio (IACS, 2008).

Tendo em conta o referido anteriormente, a IACS (2008) expõe uma pirâmide com quatro níveis de apoio na saúde mental, que são apresentados seguidamente.

Na base da pirâmide encontram-se os serviços básicos e segurança, que devem proporcionar uma governação adequada e de serviços que satisfaçam as necessidades físicas básicas para o restabelecimento da segurança, prestando cuidados de forma segura, digna e socioculturalmente adequada, documentando o impacto na saúde mental e bem-estar psicossocial (IACS, 2008).

No segundo nível situam-se os apoios comunitários e familiares que se referem ao número de indivíduos que conseguem preservar a sua saúde mental se tiverem auxílio e acesso aos apoios adequados. As intervenções relacionados com este nível são: localização dos elementos da família, colaboração na realização de cerimónias fúnebres, divulgação através dos meios de comunicação social de formas construtivas para enfrentar a situação, programas de apoio, entre outras (IACS, 2008).

Os apoios específicos, não especializados integram o terceiro nível da pirâmide e são vocacionadas para “um número ainda mais pequeno de pessoas que carecem, adicionalmente, de intervenções individuais, familiares ou sociais, mais específicas por parte de profissionais adequadamente formados e supervisionados” (IACS, 2008, p. 11). Os primeiros socorros psicológicos também se incluem neste nível.

No topo da pirâmide estão, segundo a mesma fonte, os serviços especializados que abrangem um apoio suplementar necessário para aqueles cujo sofrimento é maior e pode causar alterações na funcionalidade da vida quotidiana. Estes apoios devem conter apoio psicológico e/ou psiquiátrico de pessoas com perturbações mentais, nas quais os serviços de saúde primários não são suficientes para satisfazer as suas necessidades.

Desta forma, a IASC (2008) fornece uma lista de intervenções a concretizar em situação de emergência, com referência à criação de uma equipa de coordenação geral de saúde mental e de apoio psicossocial, recolhendo dados que possibilitem identificar onde é primordial intervir. Nesta sequência é importante reconhecer as diversas reações possíveis, tendo noção que aqueles que são mais resilientes irão reagir melhor. De outro modo, por haver quem necessite de apoio especializados, tornando-se fundamental o desenvolvimento de programas na comunidade que incluam cuidados de saúde mental nos serviços gerais e nos de saúde mental existentes. Assim, é essencial a criação de “sistemas eficazes para referenciar e apoiar as pessoas gravemente afetadas” (p. 14).

Em consonância com o descrito, após os incêndios de Pedrogão de 2017, em Portugal, foi criada uma comissão de acompanhamento da população afetada pelos incêndios na área da saúde mental tendo, esta, emitido um relatório em maio de 2018 que, para além da narração do trabalho efetuado, faz algumas considerações para situações futuras. Este relatório pretende “produzir recomendações para a estruturação de respostas na área da saúde mental, em situações similares futuras de calamidade (...) a nível local, regional ou nacional” (p.3). Portanto, segundo o mesmo documento, “é necessário estabelecer uma estratégia de integração da saúde mental em situações de emergência e desastre, que constitua um referencial aplicável a todas as situações deste tipo, independentemente da sua natureza e localização geográfica” (p.18).

Sabendo que os problemas relacionados com a saúde mental podem ser pré-existentes e agravar-se com a vivência de uma situação de desastre, como por exemplo a depressão, alcoolismo, esquizofrenia, existem, todavia, outras que podem ser induzidas pela própria situação como o luto, consumo de álcool e drogas, depressão, ansiedade e perturbações de stresse pós-traumático, num indivíduo sem doença mental anterior (OMS, 2017). Neste seguimento, é indispensável capacitar profissionais para intervenções em situações de desastres naturais, que tenham consciência das suas necessidades em saúde mental, e que possuam conhecimento que as reações mais comuns de alguém que vivenciou uma situação de desastre são:

dores de cabeça, fadiga, perda de apetite, choro, tristeza, ansiedade, medo, estar em constante vigia, insónia, pesadelos, irritabilidade, raiva, alguma desorganização ou dificuldade em aceitar a realidade e alterações de humor (OMS, 2015).

Atentando que as estatísticas apontam para uma alteração na qualidade de vida nas décadas posteriores à vivência de uma situação de desastre (Rodrigues, 2010), a OMS (2017) refere a primordialidade das pessoas terem acesso aos serviços de saúde mental a longo prazo. É fulcral a consciencialização de que nem todos aqueles que experimentam uma situação destas precisarão de apoio, e de acordo com a OMS (2017), a maior parte dos lesados irá recuperar bem com o tempo, arranjando forma de retomar à sua rotina.

A nível nacional existe o programa da proteção civil com as características de atuação em situações de emergência, particularmente as situações em que deve ser ativado e os tipos de resposta vigentes. Contudo, há que ter perceção que a crise é uma experiência de vida que requer cuidado profissional baseado no conhecimento teórico-prático e deve estar em articulação com as políticas públicas de saúde mental (Almeida, Nascimento, Rodrigues & Schweitzer, 2014).

Nessa perspetiva, a 25 de julho de 2018 foi criado o despacho nº 7059/2018 que aborda a configuração do Sistema de Resposta da Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes por forma a reestruturar a resposta da saúde mental e integrar este apoio na resposta geral de emergência médica, tendo um mecanismo linear de articulação. O modelo de respostas em saúde mental “assenta, em termos de prevalência antecipável das perturbações, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)” (Diário da República, 2018, p. 20041).

O mesmo decreto de lei define três fases constituintes deste modelo, sendo elas, a emergência, a sinalização e a referenciação. No que concerne à intervenção por parte da saúde mental esta é ativada, quando pertinente, na fase de sinalização, através do Posto de Comando, que indica o Instituto Nacional de Emergência Médica para entrar em contacto direto com o Gabinete Regional de Crise da Saúde Mental. Na fase de referenciação os Cuidados de Saúde Primários são vistos como o elemento nuclear de resposta às necessidades advindas nos dias após a situação de emergência, devendo ser criado um Núcleo Local de Resposta da Saúde Mental a Acidentes ou Catástrofes composto por um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo que tenham, preferencialmente, formação na área.

Apesar de estar definida a forma de criação do mencionado Núcleo, este decreto de lei não especifica a sua função.

2.2.5. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com a OE a pessoa, ao longo da sua vida, defronta-se com inúmeros desafios cuja resolução se prende com as capacidades de adaptação. Por essa razão, existem indivíduos que se encontram em situações de saúde e percursos de vida que poderiam ser incapacitantes e conseguem desenvolver habilidades adaptativas eficazes, ao passo que outros, com situações de saúde e cursos de vida considerados menos aflitivos, não o conseguem fazer (OE, 2017).

Sabendo que O EEESMP é um profissional de saúde que entende os “processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018b, p. 21427), é relevante a concretização de intervenções psicoterapêuticas. Ainda assim, a execução das mesmas não está clarificada.

Neste sentido Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2018) desenvolveram um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, que visa uniformizar a linguagem entre os EEESMP.

As intervenções psicoterapêuticas, em anuência com a mesma fonte, têm que ser estruturadas, sistematizadas, progressivas e sequenciais, efetuadas por um EEESMP ou por outro enfermeiro (desde que essa competência seja reconhecida pela OE), baseadas em diagnósticos de enfermagem, nas quais o utente tem um papel ativo. Estas devem ser assentes na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa com doença mental. As mesmas precisam ser abrangentes para que tenham aplicabilidade em vários contextos, tendo como principal objetivo a mudança ou redução de um estado percebido como negativo.

Para a OE (2017), estas intervenções favorecem o crescimento e desenvolvimento, de forma autónoma dos intervenientes, fornecendo uma nova explicação para os problemas identificados. As intervenções psicoterapêuticas distinguem-se da psicoterapia tradicional por:

“ser mais limitada no tempo, ter como ponto de partida um diagnóstico de enfermagem, poder decorrer noutros *settings* que não o de gabinete/consultório e por se circunscrever à utilização de técnicas de psicoterapia sob a forma de intervenções integradas na classificação internacional de enfermagem (NIC)” (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2018, p. 78).

Deste modo, o EEESMP propõe intervenções que contribuam uma adequação “aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (OE,

2017, p. 3). Este profissional de saúde tem a capacidade de avaliação da funcionalidade individual, produzindo um juízo adequado que viabilize a identificação das necessidades de intervenção, referenciação ou consultadoria com outros profissionais de saúde.

“A enfermagem de saúde mental e psiquiatria foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2017, p. 4).

Nesta perspetiva, a ação do EEESMP requer uma intervenção holística em que um dos pontos principais é a prevenção de problemas relacionados com o stresse, devido ao aumento destas perturbações (OE, 2017). Em consonância com o exposto, os padrões de qualidade definidos para a enfermagem formam um importante instrumento para uma intervenção em que o papel do enfermeiro tem que ser bem delimitado, fornecendo orientações ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017).

Consequentemente, a OE (2017) identifica oito enunciados descritivos para os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que são: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, e a redução do estigma e promoção da inclusão social.

Cada um dos enunciados descritivos tem associado os aspetos fundamentais para a sua concretização, sendo apresentados em seguida, de forma sucinta e de acordo com o que definido pela OE (2017):

- Na satisfação da pessoa, o EEESMP respeita as capacidades e vulnerabilidades da mesma, estabelecendo uma relação de confiança e parceria.
- No que concerne à promoção da saúde, é importante um diagnóstico correto da situação de saúde mental, reforçando os fatores que aumentam os recursos individuais para a manutenção da saúde mental participando na construção de ambientes promotores da mesma. Outro aspeto fundamental é a otimização das respostas aos processos de transição através da promoção da segurança, autonomia, capacidade de adaptação e de gerir as causas de ansiedade.
- A prevenção de complicações é efetuada através da identificação, o mais precoce possível, dos problemas reais ou potenciais assim como situações de risco de saúde mental, intervindo no evitamento ou na minimização dos mesmos. Engloba ainda a promoção da adesão ao regime terapêutico instituído, prevenção de incidentes críticos, supervisão das intervenções implementadas, podendo estas atividades ser delegadas.

- O EEESMP atua no bem-estar e autocuidado da pessoa, reconhecendo precocemente as necessidades em saúde mental, elaborando um plano de cuidados adequado e implementando-o, de forma a aumentar o bem-estar e complementar as atividades de vida em que existe dependência.
- A adaptação às situações de vida e condição de saúde mental é outra das prioridades do EEESMP que identifica as dificuldades na funcionalidade individual, mobilizando recursos que possibilitem a reabilitação psicossocial, o aumento de conhecimentos capacidades e fatores de acomodação. Deve ser facilitado o acesso aos serviços de saúde e a utilização, por parte dos EEESMP, de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas que auxiliem nas respostas adaptativas à condição atual da pessoa. A aquisição de autonomia e funcionalidade admitem o alcance do equilíbrio e bem-estar, dentro da condição de saúde mental.
- O EEESMP organiza os cuidados de enfermagem especializados em saúde mental com a melhoria contínua dos cuidados, dotando os serviços com o número de especialistas adequados para suprir as carências de cuidados em saúde mental.
- A relação psicoterapêutica é construída com base no autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, utilizando processos de reflexão, gerindo as emoções, fenómenos de transferência, contratransferência e resistências, mobilizando corretamente as abordagens.
- Para a redução do estigma e a promoção da inclusão social, o EEESMP tem a função de capacitar a comunidade e família para o respeito e integração de quem apresenta alteração na saúde mental, fomentando intervenções de manutenção e promoção da inclusão por forma a protege-la, viabilizando igualdades de acesso ao emprego, formação e educação.

Assim, os padrões de qualidade visam abranger todos os indivíduos e comunidades nos cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desde a promoção da saúde mental, à prevenção da doença e à adaptação às condições de saúde mental existentes, apostando em programas de reabilitação, tendo sempre por base a relação psicoterapêutica (OE, 2017).

Por outro lado, a OE emitiu, no início de 2018, um parecer em relação às competências do EEESMP em contexto de crise. Este juízo surgiu depois dos incêndios que assolaram a região de Pedrogão Grande em 2017, reforçando a necessidade de integrar estes profissionais em todos os contextos, incluindo no trabalho colaborativo desenvolvido em situação de crise.

Os enfermeiros deslocados para a situação dos incêndios de Pedrogão mobilizaram competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas e psicossociais junto dos que estavam em sofrimento, planeando intervenções numa perspetiva sistémica e em rede. Naturalmente, estes profissionais promoveram competências comunicacionais e relacionais, realizando o acolhimento no momento pós-trauma permitindo

a expressão de sentimentos e emoções como a angústia. Concludentemente, tornou-se claro que numa situação de desastre é importante intervir na reorganização das rotinas diárias, no auxílio da reconstrução de projetos de vida, difundindo sentimentos de esperança e encaminhando situações mais complexas (OE, 2018).

Assim, o EEESMP “avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais e nomeadamente situações de emergência psiquiátrica, avalia o seu nível, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 1). Com esta preocupação, a OE defende a integração dos EEESMP nas equipas multiprofissionais nos diferentes contextos, respeitando as áreas autónomas e interdependentes em enfermagem numa perspetiva de promoção da saúde mental e prevenção da doença.

2.3. Metodologia de Projeto

A metodologia de projeto é usada em diversos contextos e tem como principal finalidade “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real (...) o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3).

Relacionada com uma visão interdisciplinar e transdisciplinar do saber, nesta há um planeamento para a ação, muitas vezes após reflexão em grupo (Mateus, 2011). Esta metodologia, segundo a mesma fonte, pretende ser flexível pois pode ser útil reajustamentos de conteúdos, calendários, tendo em conta o contexto em que é desenvolvido.

A metodologia de projeto envolve a elaboração de um plano de trabalho que motiva a resolução de um problema identificado (Mateus, 2011). Tem como características fundamentais: intencionalidade, isto é, ter um objetivo definido, autenticidade, complexidade, incerteza e ser prolongado num determinado período de tempo. A criação de um projeto, segundo esta metodologia, é composta por 6 fases: diagnóstico da situação, objetivos, planificação, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Na fase do diagnóstico de situação, é efetuada uma análise da população para o desenvolvimento de estratégias e ações concebendo respostas que permitam o progresso global. Através da identificação de um problema real, concreto e relevante, são determinadas as necessidades e averiguadas as diferenças entre o estado atual e o esperado. Para a concretização desta fase são usados, muitas vezes, instrumentos de diagnóstico tais como entrevista, questionário, análise SWOT, entre outras (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Ulteriormente são delineados os objetivos que consistem em representações antecipadoras centradas na ação a concretizar, e integram um ponto fundamental na execução de projetos, procurando delimitar o problema ao qual o projeto pretende dar resposta. Assim, os objetivos “devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo realmente respeito a competências amplas e complexas (...) permitem selecionar conteúdos, eleger métodos e avaliar os progressos” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 18).

Para a fase do planeamento é fulcral a planificação das atividades utilizando estratégias e meios adequados à elaboração das mesmas. Transversalmente são identificados os recursos disponíveis e as limitações que podem condicionar o próprio trabalho. O planeamento visa dar resposta aos objetivos que foram delineados anteriormente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No que se refere a projetos de promoção de saúde, as mesmas autoras apontam para a importância de um planeamento a longo prazo que possa ser implementado nas diferentes fases de desenvolvimento a quem o projeto se dirige.

A fase de execução consiste em colocar em prática aquilo que foi planeado. Nesse momento, de acordo com as autoras supracitadas, pode suceder alteração no planeado pelos dados que vão sendo obtidos, no entanto é fulcral que os objetivos não fiquem comprometidos. Portanto são esperados diversos resultados que potenciarão a aquisição de conhecimentos, resolução de problemas e desenvolvimento de competências. Durante a fase de execução pode acontecer simultaneamente uma avaliação intermédia, em que são enunciadas as primeiras críticas ao trabalho e os ajustes a concretizar. Contudo é na avaliação final que é verificado se as metas foram atingidas. Esta etapa ocorre de forma contínua e usando instrumentos próprios para o efeito e pretende identificar elementos relevantes para melhorar a coerência, a eficácia e a eficiência. Se os objetivos não foram cumpridos é importante perceber quais os fatores que o impediram e as consequências do mesmo, assim como possíveis estratégias que possibilitem a sua execução.

Por fim, a divulgação dos resultados dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido para a resolução do problema que foi identificado. Viabiliza o conhecimento do esforço desenvolvido para a melhoria dos cuidados, devendo ser adaptado às características dos destinatários.

2.3.1. Diagnóstico da Situação

Os desastres naturais verificados em Portugal indicam que os riscos de maior incidência são as cheias, os sismos, as tempestades atlânticas, os deslizamentos de encostas, as torrentes de lama, as secas e as ondas de calor; sendo os incêndios florestais, “parcialmente de origem natural” (Silva, 2012, p. 48) outro dos desastres de importante relevo.

O plano de catástrofe externa das unidades hospitalares de Portimão e de Lagos (2015) identifica os riscos de origem natural, os derivados do desenvolvimento tecnológico e os relacionados com o comportamento humano, resultantes de atividade humana potencialmente perigosa.

Nos riscos de origem natural são catalogados pelo referido plano, os sismos, pois, devido à localização do Barlavento Algarvio e da influência das placas Euro-Asiática e Africana e à existência de diferentes falhas (em Portimão, Espiche-Odiáxere e de Lagos), há uma grande probabilidade de atividade sísmica podendo atingir o grau de X da escala de Mercalli modificada.

No que concerne às cheias e inundações, o risco da sua ocorrência também está reconhecido devido ao facto das zonas ribeirinhas de Lagos, Portimão e Alvor terem sido salinas encontrando-se, em alguns casos, a níveis inferiores aos das águas. Desta forma há uma maior possibilidade de inundar sempre que ocorram marés vivas, havendo maior risco com a existência de chuva intensa conjuntamente com o período de preia-mar. As consequências decorrentes destas situações são essencialmente danos materiais, perturbações no tráfego rodoviário e distribuição de energia elétrica, e raramente põem em risco vidas humanas.

O mesmo plano refere que os incêndios florestais são frequentes, especialmente na zona montanhosa, e os últimos grandes incêndios ocorreram em 2003, 2016 e 2018, afetando vários concelhos do Barlavento Algarvio. Estes causam devastação nas habitações, acarretando elevados prejuízos materiais para as populações lesadas e desalojamento das famílias afetadas.

Outro risco reconhecido são a probabilidade de ocorrência de tempestades, com rajadas de vento superiores a 100 Km/hora e forte ondulação marítima. Consequentemente, surgem situações de risco no mar, provocando danos em terra, especialmente nas coberturas dos edifícios, quedas de árvores e de postes elétricos, que podem tornar as vias de comunicação intransitáveis.

Ao nível dos riscos do desenvolvimento tecnológico são indagados pelo plano de catástrofe externa das unidades hospitalares de Portimão e de Lagos (2015) os acidentes de tráfego rodoviário, ferroviário, fluvial ou marítimo. Apesar de ter uma incidência reduzida no Barlavento Algarvio, estes acidentes podem ser mais frequentes aquando da realização de eventos ou em alturas em que há um aumento considerável de população e tráfego. Por outro lado, a rutura de barragens nomeadamente a do Funcho, Arade e Odiáxere é um risco reconhecido e que é potenciado pelo risco sísmico. Os incêndios urbanos não são apresentados com probabilidade elevada de ocorrência, no entanto existe vulnerabilidade em algumas zonas habitacionais antigas.

Por último, o plano de catástrofe externa das unidades hospitalares de Portimão e Lagos (2015) assinala os riscos relacionados com o comportamento humano, resultantes de atividade humana potencialmente perigosa. São, então, contempladas as provas automobilísticas como o Rally do Algarve ou as de corridas no Autódromo Internacional do Algarve, as provas de motonáutica, concursos de paraquedismo e espetáculos pirotécnicos, como potencialmente causadores de situações de desastres.

Como demonstrado, o risco de um desastre no Barlavento Algarvio é uma realidade e, como referido em capítulos anteriores, as consequências a nível da saúde mental podem ser grandes. Associado a este facto, o Plano Local de Saúde do Algarve-Barlavento 2017-2020 evidencia que, nos registos dos cuidados de saúde primários do ano 2015, as perturbações depressivas são o terceiro diagnóstico mais prevalente, seguindo-se o abuso crónico de álcool. Neste sentido, e tendo em conta o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), prevê-se um aumento em 30% do número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, torna-se então fundamental criar uma resposta de proximidade e prevenção de transtornos mentais associados a situações de stresse após um desastre.

Em agosto de 2018 dois dos concelhos da área de abrangência da unidade Hospitalar de Portimão viram-se atingidas por um incêndio de grandes dimensões, tendo sido criado o Núcleo de Resposta de Saúde Mental a Acidentes Graves ou Catástrofes na unidade de Portimão, no dia 6 de agosto como forma de dar resposta a situações que surgissem e de acordo com o despacho nº 7059/2018. Este núcleo estabeleceu contatos telefónicos com as pessoas com doença mental, seguidas em consulta externa, das áreas afetadas no sentido de fazer avaliação de necessidades e criou uma escala de prevenção de apoio ao serviço de urgência geral,

pelo que as pessoas listadas como vítimas dos incêndios que carecessem de observação por psiquiatria não teriam que ser deslocados a Faro.

Após o incêndio, foi mantido o seguimento em consulta de algumas pessoas, e houve articulação com os cuidados de saúde primários e a unidade de cuidados na comunidade, para reconhecimento de quem carecia de observação em consulta externa. Embora os esforços desenvolvidos para prestar apoio a estas pessoas, fossem considerados positivos, vislumbrou-se a necessidade de dar uma resposta que possibilite um seguimento para a prevenção da doença mental ou da agudização da mesma em situação de stresse após desastre, promovendo a saúde mental, a expressão de sentimentos e emoções, a reorganização de rotinas e a prevenção do stresse pós-traumático.

Tendo por base que os desastres podem trazer diversas alterações na saúde mental e quem já tem uma patologia tem mais probabilidade de desenvolver uma agudização da mesma, torna-se pertinente desenvolver um programa de intervenção de enfermagem, centrado no papel do HD e Reabilitação.

Os HD e Reabilitação de Psiquiatria surgiram como alternativa ao processo de desinstitucionalização, havendo uma grande diversidade de objetivos e usos dos mesmos (Briscoe & Priebe, 2007). Estes, funcionam como uma alternativa ao atendimento psiquiátrico tradicional, surgindo como um serviço de reabilitação que reforça o tratamento em ambulatório. A eficácia dos diversos modelos de hospital de dia não está bem estudada, não havendo uma real prática baseada na evidência, contudo os estudos apontados pelos autores revelam que os hospitais de dia produzem resultados clínicos semelhantes aos serviços de internamento.

Historicamente, os HD surgiram na Rússia em 1920. No entanto, a maioria dos dados referem-se à sua propagação pelos outros países da Europa e América do Norte, na década de 60 do século passado, como alternativa a internamentos em hospitais psiquiátricos, no contexto da desinstitucionalização e baseados no princípio de que as pessoas têm direito a receber tratamento e apoio adequados num ambiente menos restritivo (Briscoe & Priebe, 2007). Os mesmos autores expõem que não há um uso claro e consistente da terminologia HD, sendo que muitos destes serviços começaram por ser serviços de crise e depois mudaram o seu objetivo mantendo o nome.

Por conseguinte, Marshall (2005) distingue quatro tipos de hospitais de dia: hospitais de dia de agudos (*acute psychiatric day care*) que são usados como alternativa ao internamento; os de transição (*transitional day hospital*) que pretendem reduzir o tempo de internamento; os hospitais de dia (*day-care centres*) para reabilitação ou manutenção; e os programas de tratamento diurno (*day-treatment programmes*) que são

utilizados como alternativa às opções de tratamento em ambulatório e normalmente não incluem pessoas com sintomas psicóticos.

Nesta perspetiva, as diferentes utilizações dos HD refletem a sua flexibilidade face às necessidades identificadas pelos serviços locais, valorizando sempre um ambiente menos restrito e mais rentável em comparação com o internamento total funcionando, por vezes, em intervenção precoce (Briscoe & Priebe, 2007). A dificuldade em definir uma única função para o HD origina algumas fragilidades podendo este tipo de serviços tomarem outras funções que não a inicial, todavia, os mesmos autores referenciam que na maioria das vezes prevalece o que é considerado melhor para a pessoa. Acrescentam ainda que os fatores clínicos e demográficos contribuem para essa diversidade, pelo que se deseja que existam estruturas na comunidade para onde possa haver encaminhamento após o programa de reabilitação.

Como demonstrado, os HD e reabilitação de psiquiatria podem ter diversos objetivos adaptando-se às necessidades identificadas pelas unidades locais de saúde mental e psiquiátrica, pelo que, de acordo com os recursos existentes, pode servir de apoio para quem tenha passado para uma experiência de catástrofe, onde se consiga realizar intervenções relacionadas com o stresse da situação, sem que a pessoa seja internada em regime total num serviço de agudos.

Foi efetuada uma pesquisa de consenso em equipa, nomeadamente com a Diretora do Serviço, a Enfermeira Chefe e o Enfermeiro Orientador, sobre a criação de um programa que possibilitasse uma intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Foi reconhecida a necessidade de criar uma resposta de continuidade nas situações de desastre, por o Barlavento Algarvio estar identificado com vários riscos de situações de emergência, funcionando o HD e reabilitação de psiquiatria como estrutura de reabilitação, reintegração e ressocialização.

Neste sentido, o presente projeto pretende criar um programa de intervenção em enfermagem de saúde mental em situação de stresse após desastre, em hospital de dia e reabilitação de psiquiatria, baseada nos focos de enfermagem mais comuns na situação de stresse associada a um desastre.

Consequentemente e devido à especificidade do programa proposto, foi efetuada uma análise SWOT. Esta, é considerada um meio de diagnóstico integrado no processo de melhoria contínua e que facilita a avaliação de uma determinada área, em que 'S' significa *strenghts* ou pontos fortes, o 'W' *weaknesses* ou pontos fracos, o 'O' *opportunities* ou oportunidades e o 'T' *threats* ou ameaças (Comissão Setorial para a Educação e Formação, 2015). De acordo com a mesma fonte esta análise incentiva a reflexão e o

desenvolvimento de um processo de introspeção/autoavaliação, viabilizando a identificação de estratégias e ações de melhoria, auxiliando assim à definição da estratégia da mesma.

Desta forma, a análise SWOT pressupõe a divisão do ambiente em duas partes: ambiente interno (caracterizado por pontos fortes e por pontos fracos) e ambiente externo (contém elementos que não podem ser previstos ou controlados, traduzindo-se em oportunidades e ameaças) (Comissão Setorial para a Educação e Formação, 2015).

Assim, a análise feita ao programa é:

- Pontos fortes – Intervenções em internamento parcial que funciona como uma estrutura de apoio; possibilidade de aplicar em dias seguidos ou consoante a possibilidade da pessoa.
- Pontos fracos – Não tem precedentes, não se sabendo ao certo a sua eficácia.
- Oportunidades – Intervenção centrada nas alterações provocadas pelo stress após situação de desastre.
- Ameaças – Dificuldade de transporte e falta de recursos humanos.

2.3.1.1. Revisão Sistemática da Literatura

Para a justificação deste programa, para além da fundamentação teórica feita anteriormente, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura.

Galvão e Pereira (2014) referem que uma revisão sistemática da literatura é um estudo secundário baseado em estudos primários que relatam os resultados de pesquisa relacionados com o tema em estudo. Assim, esta consiste num tipo de investigação, que é considerada o melhor nível de evidência para a tomada de decisão, focada numa questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (Galvão e Pereira, 2014).

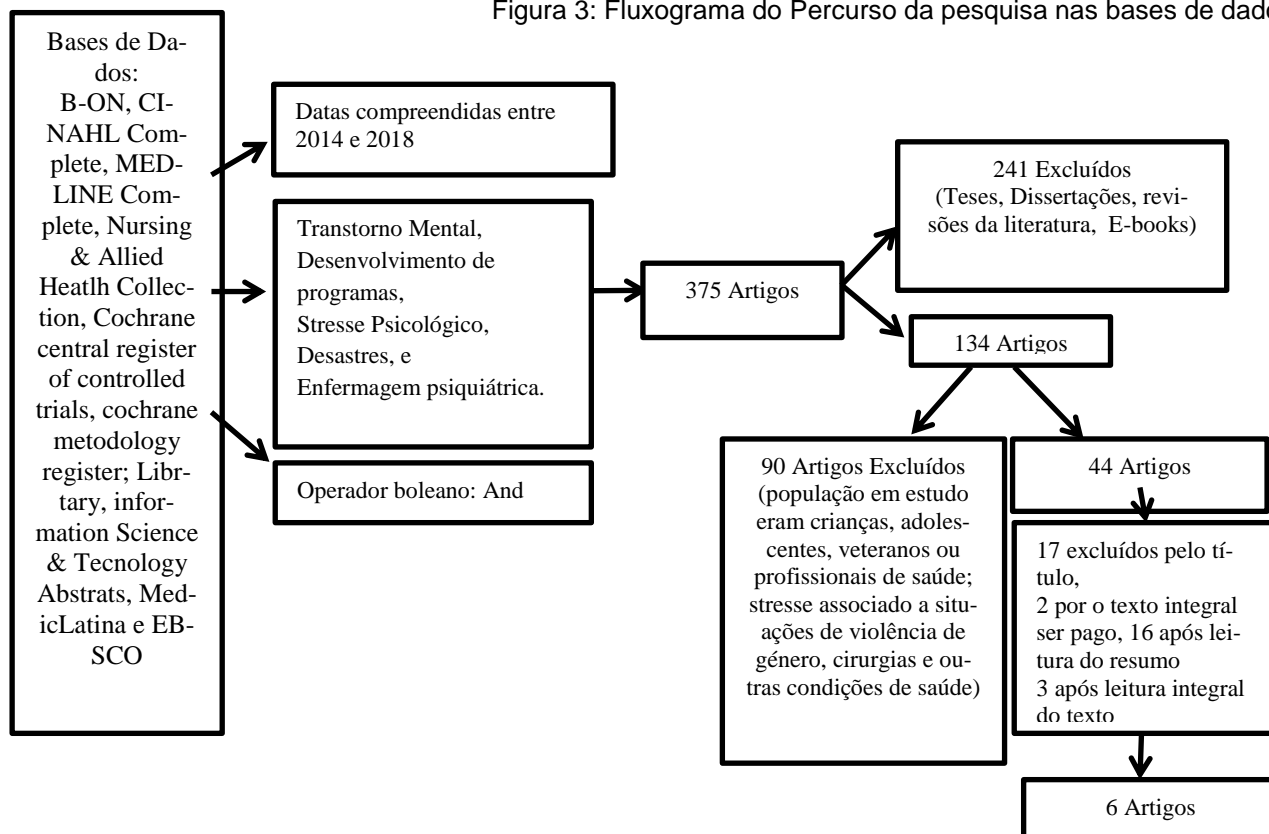
De acordo com a fórmula PICO (P-população, I- Intervenção, C- contexto e O- resultados), foi desenvolvida a pergunta de investigação: “Quais as necessidades em cuidados de enfermagem

especializados de enfermagem de saúde mental, das pessoas com doença mental, em situações de stresse após desastres ou acontecimentos traumáticos?”

Foi efetuada pesquisa informática nas bases de dados: B-ON, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane central register of controlled trials, cochrane methodology register; Librartary, information Science & Tecnology Abstrats, MedicLatina e EBSCO, entre os anos 2014 e 2018. Utilizou-se as palavras-chave, em Inglês e Português, transtorno mental (mental disorders), desenvolvimento de programas (program development), stresse psicológico (stress, psychological), desastres (disasters), enfermagem psiquiátrica (psychiatric nursing) que estão de acordo com os descritores em ciências da saúde (DeSC). Foi utilizado o operador booleano: AND, sendo a última pesquisa realizada a 24 de novembro de 2018. Seguiu-se a recomendação PRISMA (2015).

Obteve-se 375 estudos, tendo sido excluídos teses, livros, e-books e revisões sistemáticas da literatura. Ficaram 134 estudos, tendo sido rejeitados aqueles em que a população em estudo eram crianças, adolescentes, veteranos ou profissionais de saúde, assim como os que se referiam ao stresse associado a situações de violência de género, cirurgias e outras condições de saúde. Restaram 44 estudos, tendo 17 sido retirados pelo título, 2 por o texto integral ser pago e 16 após leitura do resumo. Após leitura integral do texto foram excluídos 3 artigos por não adequação ao tema, restando 6 artigos para a revisão da literatura. Os critérios de inclusão foram artigos em inglês e português, com participantes maiores de 18 anos, e que tenham experienciado uma situação de desastre. A forma de pesquisa encontra-se esquematizada no fluxograma seguinte.

Figura 3: Fluxograma do Percurso da pesquisa nas bases de dados



O quadro 3 apresenta os dados dos artigos da revisão sistemática da literatura.

Quadro 1- Características dos Estudos Sobre as Necessidades em Enfermagem de Saúde Mental das Pessoas com Doença Mental Após Desastres				
Identificação	Objetivo do estudo	Desenho do estudo	Participantes	Resultados
Stress and Cortisol in disaster Evacuees: An Exploratory Study on Associations with Social Protective Factors (Thompson, Weissbecker, Cash, Simpson, Daup & Sephton, 2015).	Estudar as vítimas dos incêndios de São Diego de outubro 2007 e testar 3 hipóteses relacionadas com as respostas psicológicas e fisiológicas do stresse durante a evacuação e 3 meses depois.	Estudo exploratório, quantitativo. Aplicação de questionários (demografia, medicação habitual e história de saúde), um kit com instruções para auto colheita de saliva durante 4 dias. Após 90 dias, os participantes receberam um questionário de acompanhamento e um kit de colheita de saliva adicional. Utilizada escala de Sintomas Pós-traumáticos, Inventário de Depressão de Beck (BDI-I) e Family Environment Scale (FES).	Foram abordadas 117 pessoas, mas apenas 49 foram incluídas. 40 devolveram os dados para o estudo. 17 (42,5%) reenviaram os dados fisiológicos pelo correio. Os dados de acompanhamento de três meses foram recebidos de 9 participantes (22,5%). 68% dos participantes estiveram nos locais dos incêndios, 21% tinham estado nas redondezas e 4% não tinham estado perto dos incêndios (foram evacuadas por precaução).	Durante a evacuação, 22 dos 40 participantes (55%) experimentaram sintomas leves de transtorno de stresse pós-traumático, 12 (30%) relataram sintomas moderados, 5 (12,5%) descreveram sintomas elevados e 1 (2,5%) relatou sintomas graves. No seguimento, nenhum dos participantes experimentou sintomas de stresse pós-traumático. Durante a evacuação, 20 participantes (50%) experimentaram ansiedade mínima, 10 (25%) relataram ansiedade leve, 4 (10%) narraram ansiedade moderada e 6 (15%) apresentaram ansiedade severa. No follow-up 1 participante relatou ansiedade leve enquanto 8 participantes experimentaram ansiedade mínima. Vinte e quatro participantes (60%) relataram poucos sintomas de depressão durante a evacuação. Dez (25%) descreveram sintomas moderados a graves, e seis (15%) sintomas leves a moderados. No follow-up, só um apresentava sintomas depressivos. Os valores do cortisol não diferiram significativamente entre a evacuação e o acompanhamento.
Meaning, Resilience, and Traumatic Stress After the Deepwater Horizon Oil Spill: A Study of Mississippi Coastal Residents Seeking Mental Health Services (Aiena, Buchanan, Smith & Schuelenberg, 2016)	Investigar a relação entre resiliência, significado percebido da vida, e sintomas de stresse pós-traumático em moradores do Mississippi afetados pelo derramamento de petróleo no Golfo. Entender os efeitos psicológicos que podem ser causados pelo desastre, e os fatores de proteção que ajudam as pessoas a recuperarem.	Estudo quantitativo onde foi aplicada a escala reduzida da resiliência (RS-14), a forma abreviada dos testes do propósito de vida específico para uma experiência stressante específica e identificável (PCL-S) e checklist de transtornos de stresse pós-traumático - versão específica. O efeito percebido foi avaliado através de três perguntas (situação financeira, as relações sociais e saúde física, e interação com a saúde mental).	1119 Adultos que recorreram aos serviços de saúde mental em 10 unidades de tratamento de saúde mental ao longo da costa do Mississippi nos meses após o derramamento de petróleo no Golfo.	As pessoas com níveis mais altos de significado percebido na vida relataram significativamente menos sintomas de stresse pós-traumático. Aqueles que referiram serem mais afetados negativamente pelo derramamento apresentaram maior stresse pós-traumático e níveis mais baixos de resiliência e significado percebido. O grupo sem efeito relatou menos stresse pós-traumático do que o grupo de efeito. O efeito do derramamento de petróleo foi um preditor significativo de sintomas de stresse pós-traumático indicando que à medida que o efeito aumentava, os sintomas de stresse pós-traumático também aumentavam. Tanto a resiliência quanto o significado de vida foram correlacionados negativamente com o stresse pós-traumático.
Assessing disaster preparedness and mental health of community members in Aceh, Indonesia: a community-based, descriptive household survey of a national	Avaliar o conhecimento acerca de desastres e a preparação para desastres pelos membros da comunidade em Aceh, na Indonésia.	Estudo quantitativo Instrumento de pesquisa desenvolvido pelos pesquisadores compreendiam três partes: parte I- 11 perguntas sociodemográficas, parte II - 23 itens dicotômicos para avaliar o conhecimento acerca do desastre dos membros da comunidade;	827 membros da comunidade selecionados aleatoriamente foram entrevistados com questionários no período de setembro a outubro de 2014. Para inclusão no estudo a pessoa tem que ser membro da comunidade, ter idade	Cerca de 57,6% dos membros da comunidade tinham bons conhecimentos sobre desastres, enquanto 26,0% tinham uma boa preparação comunitária. Apenas 52,1% dos membros da comunidade relatou ter um rádio operado por bateria em casa, enquanto 56,7% narraram armazenamento de carne suficiente para pelo menos 3 dias. 66,9% desligaram a água da rede antes evacuação e 68,3% relataram poder indicar a localização de um sistema de alerta de emergência na comunidade.

program. (Ismail, Suwannapon, Howteerakul, Tipayamongkholgul & Apinuntavech, 2016)		parte III - preparação da comunidade para desastres, aplicação de questionário de 17 itens medindo preparação para desastres, informação para a família e provisão de kit/veículo em casa para situação de desastres.	entre 18 e 70 anos, morar na área de estudo, ter vivenciado o terremoto-tsunami e participar voluntariamente.	Apenas 20,7% participaram em simulacros e 27,9% tinham uma lista de números de contatos de emergência. 47,8% ouviam as previsões meteorológicas, 48,1% conversavam com as crianças acerca da preparação para desastres, 50,7% tinham um plano de evacuação de emergência para a família e 55,3% referiram comunicar com familiares. 42,7% relataram manter o telemóvel bem carregados, 56,1% armazenam água limpa suficiente para 3 dias. Nem o conhecimento do desastre nem a sua preparação pelos membros da comunidade atingiram o alvo dos indicadores de resultados do programa de enfermagem de saúde mental comunitária (<70,0%).
Dietary attitudes and behaviours of women in China after the 2008 Wenchuan earthquake in three seismically different zones (Hu, Han, Hou, Xu, Sharma, Zhao, 2016)	Avaliar a influência do terremoto de Wenchuan sobre as atitudes alimentares e comportamentos de mulheres adultas de diferentes zonas da China. Os participantes foram mulheres por: a saúde mental das mulheres geralmente é vulnerável a fatores externos; após desastre, deve ser dada prioridade à melhoria da ingesta nutricional das mulheres, pois estas têm um papel importante na dieta de toda a família.	Estudo transversal quantitativo. Utilização de questionário com sete secções sendo elas: Informação básica (idade, altura, peso, rendimentos familiares), conhecimento nutricional, psicologia dietética, atitudes nutricionais, comportamento relacionado com a nutrição, frequência de consumo de alimentos e necessidade de educação nutricional. Dados descritivos foram expressos como média, desvio padrão, análise de variância (ANOVA), teste do qui-quadrado e teste exato de fisher.	736 Mulheres, com idade entre 18 e 55 anos, foram selecionadas aleatoriamente e entrevistadas após o terremoto. Pertenciam a 3 zonas: terremoto (n = 206), agitação (n = 326) e não sísmica (n = 204). Critérios de inclusão: faixa etária de 18 a 55 anos, sem doenças graves, residentes nas zonas definidas há pelo menos cinco anos, e não grávida ou amamentando.	O conhecimento nutricional das mulheres dos três grupos era relativamente baixos. Algumas mulheres sentiram alucinações sendo significativamente maiores na zona do terremoto (78,2%). Depois do terremoto, as preocupações com a saúde nas 3 zonas tiveram uma mudança estatisticamente significativa, as mulheres na zona do terremoto (60,7%) tiveram mais cuidado. As mulheres das zonas do terremoto (35,4%) e agitação (24,9%) tiveram mais atenção na alimentação. Algumas começaram a comer mais, para aliviar a tensão, no período após o terremoto. Após o terremoto, a quantidade de comida instantânea presente na despensa das mulheres das três áreas diferiram significativamente, sendo mais prevalente na zona do terremoto (61,0%). Na zona do terremoto houve aumento no consumo de lanches após o desastre. Aquelas que viviam na cidade eram mais propensas a aumentar o consumo de lanches após o terremoto em comparação com as do campo, no entanto ocorre diminuição do índice de massa corporal e do score de conhecimento nutricional.
Exploring Factors Associated with Psychological Resilience Among Earthquake Survivors from Turkey (Ikizer, Karanci, and Doğulu, 2016)	Explorar fatores associados à resiliência em sobreviventes dos dois terremotos em Van, Turquia, em 201.	Estudo quantitativo, transversal. A gravidade da exposição avaliada por 11 perguntas acerca do impacto nos participantes. A adversidade pós-terremoto foi avaliada por 10 perguntas (rugas na vida e nas condições de trabalho, perturbações sociais e início de problemas físicos e psicológicos). Questionário: Personalidade Eysenck Revisto. Teste orientação	360 Adultos, sobreviventes do terremoto que vivem em Van, Turquia. Colheita de dados efetuada aproximadamente 19 meses após o primeiro terremoto em Van.	Nas variáveis pré-desastres houve 21% de variação no stresse, <i>coping</i> e habilidade, tendo sido a educação, saúde mental, extroversão, satisfação com a vida e capital social positivamente associados à capacidade de enfrentamento do stresse. Entre as variáveis dentro do desastre apenas a gravidade objetiva da exposição foi positivamente associada à capacidade de enfrentamento do stresse. Nas variáveis pós-desastre, a autoeficácia de enfrentamento e <i>coping</i> de resolução de problemas foram positivamente associados à capacidade de enfrentamento do stresse. Numa última análise a satisfação com a vida e capital social estrutural já não estavam significativamente associados com o stresse <i>coping</i> e

		vida, ferramenta de avaliação do capital social adaptado, escala da satisfação com a vida, autoeficácia de <i>coping</i> , e a medida de percepção de atribuições de dano. Formulário de 42 itens de Karanci, Alkan, Aksit, Sucuoglu e Balta (1999) e a escala de resiliência Connor-Davidson (CD-RISC; Campbell-Sills & Stein, 2007).		habilidade, enquanto a educação, a saúde mental, a extroversão e a severidade objetiva da exposição ainda estavam significativamente associados à capacidade de lidar com o stresse. Variáveis associadas à gravidade de eventos psicológicos relacionados à angústia, demonstraram que o nível de rendimento, e otimismo foram associados negativamente com gravidade total do stresse pós-traumático. Por outro lado, a religiosidade e duas variáveis, de personalidade (neuroticismo e extrovertida) foram positivamente relacionados à gravidade total do stresse pós-traumático.
The trauma of the cyclone has changed us forever”: Self-reliance, vulnerability and resilience among older Australians in cyclone prone áreas (Astill & Miller, 2018)	Compreender a experiência de desastre do ciclone na vida real residentes mais velhos.	Estudo qualitativo de pesquisa fenomenológica exploratória. Dados colhidos entre novembro de 2014 e abril de 2015. Entrevistas, com questionário com perguntas abertas acerca da experiência do período pré, durante e pós desastre, em que verificavam a atitude em relação à evacuação, necessidade percebida e disponibilidade (ou não) de apoio, e seus pontos de vista sobre a capacidade de permanecer autossuficiente. Questionário autoadministrado em papel (56 perguntas) e realização de entrevista por telefone em profundidade, em que tudo era digitalmente gravado e depois transcrito na íntegra.	36 Pessoas (17 homens e 19 mulheres) com idade superior a 65 anos, residindo em municípios que viveram o ciclone Larry (em 2006) e o Yasi (em 2011). 56% dos participantes tinham mais de 80 anos, e 7 participantes tinham depressão.	Os participantes explicaram como é difícil tomar a decisão de evacuar, pois queriam permanecer para tentar reduzir os danos, e temiam não receber permissão para regressar. Relembrou experiências negativas de evacuações passadas, onde foram alojados em centros que estavam cheios, resultando em altos níveis de stresse e confusão. Referiram preocupação com as mudanças na sua força, resistência, a dependência de outros para a assistência, e por vezes surge vergonha por não conseguirem proteger a família. Têm consciência das limitações para o uso de tecnologias para pedir auxílio ou ter informações sobre o ciclone. Têm noção que não querem passar novamente por uma experiência tendo como plano deixar a área mais cedo e retornar depois das reparações devido às dificuldades de acesso dos serviços de emergência, telecomunicações, alimentos e água, bem como serviços médicos e de saúde. Isto origina sentimentos de isolamento e insegurança que são agravados pelas dificuldades económicas a curto e longo prazo. Os participantes concordaram que têm que ser responsáveis por si e suas próprias propriedades, mas permanecer autossuficiente é difícil, assim como as limitações financeiras. Há elevados níveis de ansiedade em relação aos ciclones, tendo uma elevada percepção de risco.

O impacto psicológico observado nos participantes pode-se dissipar rapidamente, ou apenas produzir consequências mais duradouras num pequeno número de pessoas. No estudo de Thompson *et al* (2015), foi demonstrada a relação entre a importância das famílias na ética, moral e valores religiosos e sintomatologia de stresse pós-traumático. Embora os sintomas de ansiedade tenham diminuído na amostra global no seguimento, persistiram ritmos de cortisol nas pessoas que apresentaram níveis de ansiedade elevada. Estes dados vão ao encontro dos achados de Shooshtari, Abedi, Bahrami & Samouei (2018) que referem que não só os aspetos biológicos, mas também os psicológicos determinam a forma como a pessoa interage com os outros, sendo que a abordagem biológica confirma que o bem-estar mental é resultado do seu equilíbrio com o sistema físico e ambiente. Os mesmos autores mencionam que as mulheres manifestaram variações na capacidade física e mental devido a alterações hormonais associadas a situações de desastres.

Não houve relação estatisticamente significativa entre o apoio social, funcionamento familiar, ansiedade e sintomas depressivos no início do estudo, o que foi inesperado e pode estar associado ao facto de não terem sido incluídas pessoas em sofrimento agudo. A maioria dos estudos comprova o benefício das relações sociais, com acesso a serviços sociais que possibilitem a melhoria dos recursos, na manutenção da saúde mental (Shooshtari *et al*, 2018).

Thompson *et al* (2015) concluem que estudos futuros devem analisar a necessidade de intervenção no local, assim como a importância de investigar os mecanismos que explicam porque certos participantes desenvolvem mudanças duradouras nos perfis de cortisol a reações psicológicas adversas. São necessários estudos em amostras maiores, que avaliem as semelhanças e diferenças num continuum de reações de stresse imediatas e tardias ao desastre. Houve dificuldade na colheita de dados durante a evacuação pelo que a compreensão das reações psicológicas e fisiológicas é limitado, e assim como as relações entre as reações iniciais e consequências a longo prazo é insuficiente. Este estudo é importante por permitir a observação de sintomas agudos e sequelas fisiológicas da evacuação em situação de desastre.

Aiena, Buchanan, Smith & Schuelenberg (2016) verificaram que as pessoas que apresentavam maiores níveis de resiliência e/ou significado percebido na vida relataram menos sintomas de stresse pós-traumático. A resiliência e o significado percebido de vida foram preditores da presença de stresse pós-traumático, tendo uma relação inversamente proporcional. Estes resultados vão ao encontro aos relatados por Bhattarai, Maneewat & Sae-Sai (2018) que referem associações significativas entre a

resiliência, o suporte social e a autoeficácia, estando o humor depressivo associado a menor capacidade de resiliência.

É importante esclarecer as pessoas acerca das definições dos termos resiliência e significado percebido de vida, assim como a relação entre os dois (Aiena *et al*, 2016). O significado percebido é um fator importante no que torna uma pessoa resiliente, demonstrando a sua importância como fator de proteção contra sintomas de stresse pós-traumático naqueles que procuraram serviços de saúde mental após o desastre. Estudos futuros devem examinar quais são intervenções mais eficazes e em que circunstâncias. Bhattarai, Maneewat & Sae-Sai (2018) mencionam a necessidade do desenvolvimento de pesquisas de intervenção sobre resiliência, e os profissionais de saúde precisam ter em conta este parâmetro na prestação de cuidados aos que vivenciaram um desastre.

Ismail, Suwannapon, Howteerakul, Tipayamongkholgul & Apinuntavech, (2016) efetuaram uma avaliação de um programa de enfermagem de saúde mental comunitária que tinha como foco a preparação para os desastres. Concluíram que o conhecimento acerca de desastres e preparação para os mesmos foram bastante baixos, pois só metade dos membros da comunidade tinha bons níveis de conhecimento. A intervenção comunidade-educação foi ineficaz.

Um sistema de saúde bem estruturado pode reduzir o risco de desastres, pelo que é importante uma rápida capacidade de resposta. Este programa pode não ser a melhor maneira de ajudar as comunidades a preparar-se para um desastre, devido às grandes populações envolvidas. A preparação para os desastres através do conhecimento acerca dos mesmos precisa ser promovida e apoiada para que se reduza o impacto negativo como ferimentos e perda de vidas, danos às propriedades e perturbação social; no entanto, continua sem se saber qual a melhor solução. É necessária a revitalização do programa para melhorar a eficácia dos enfermeiros de saúde mental na transmissão de conhecimentos acerca dos desastres e da preparação para os mesmos (Ismail *et al* 2016).

Carvalho e Matos (2016) referem a importância de intervenção no período pré, durante e pós catástrofe, sendo que no período pré-catástrofe a ênfase é centrada na educação para a gestão de emoções, havendo espaço para desenvolvimento de programas, protocolos de atuação, execução de simulacros e ações de prevenção. Durante um desastre as pessoas devem ser ajudadas a gerir o stresse e após o mesmo precisam regressar às suas rotinas o mais rapidamente possível, pelo que a intervenção é dirigida para a prevenção do stresse agudo e do stresse pós-traumático.

No estudo de Hu *et al* (2016) verificou-se que há maior propensão à ingestão inadequada de nutrientes e insegurança alimentar, tornando-se necessário levar educação nutricional na zona do terramoto, assim como melhorar a dieta das pessoas nesta área. Alguns participantes começaram a ter mais cuidado com a alimentação, e outros recorreram a algum comportamento dietético pouco saudável a fim de aliviar a pressão psicológica. Sintomas como ansiedade e depressão foram associados a diferentes comportamentos alimentares pelo que nuns casos houve perda de apetite e, noutros, alimentação compensatória. A segurança dos alimentos e da água potável tornou-se um grande problema, podendo originar desnutrição e uma possível epidemia. Mulheres na zona do terramoto tornaram-se mais cautelosas com a dieta, estando mais inclinadas a aumentar a ingestão de nutrientes para garantir um adequado fornecimento diário (Hu *et al* 2016).

Este estudo apresenta como limitações a falta de um questionário válido e fiável. A pesquisa foi realizada dois meses após o terramoto, pelo que a atitude e comportamento dietético já pode ter mudado; não há informações relacionadas com a alimentação antes do terramoto e a amostra pode ser insuficiente.

Ikizer, Karanci, and Doğulu, (2016) verificaram que o evitamento, como estratégia de resiliência, estava relacionado positivamente à capacidade de lidar com o stresse, sugerindo que este pode aumentar a esperança, reduzir o sofrimento e agir como estratégia de enfrentamento positiva. A resiliência psicológica é influenciada por uma infinidade de variáveis não só relacionadas com a exposição, mas também a períodos pré e pós-desastre.

Entre os fatores pré-desastres, a religiosidade pode ter um efeito contraditório, pois se por um lado pode levar a que a pessoa tenha mais esperança, por outro origina desconfiança e insegurança, contudo pode ajudar a aceitar a situação pós desastre e a tolerar melhor os sintomas. As pessoas com uma personalidade otimista e as que têm um nível de educação maior usam estratégias para enfrentar a situação de stresse (Ikizer, Karanci & Doğulu, 2016). É importante a participação social no período pós desastre e a capacidade de lidar com a angústia está associada com a saúde mental sugerindo o desenvolvimento de uma estratégia preventiva para diminuir o impacto nas comunidades afetadas. Quanto maior a exposição ao terramoto maior a gravidade dos sintomas de stresse pós-traumático. É importante o desenvolvimento de um sistema de suporte com vários recursos que possibilitem a organização da saúde mental.

Este estudo apresenta como limitações: o facto de ser um estudo transversal, tornando-se necessário a realização de estudos longitudinais que façam a análise da trajetória e a direção das relações. Os resultados podem orientar no desenvolvimento de intervenções e iniciativas para apoiar a resiliência nas comunidades vítimas de terremotos. São necessários estudos que englobem medidas abrangentes de resiliência durante a avaliação (Ikizer, Karanci & Doğulu, 2016).

Carvalho e Matos (2016) referem que após um desastre é necessário um seguimento da pessoa e a referência para os diferentes níveis de cuidados, devendo ser criado um modelo de articulação com uma equipa multidisciplinar. As mesmas autoras referem que a compreensão da adversidade, a capacitação para controlar as situações, assim como o apoio social são importantes para que se encontre um sentido para a vida, mesmo em contexto adverso, conseguindo ter um significado para as perdas. As intervenções no período pós desastre previnem o transtorno de stress pós-traumático e de ansiedade.

Astill & Miller (2018) abordaram as dificuldades numa população idosa tendo verificado a falta de apoio social após os ciclones, o medo de evacuar as suas casas, bem como o trauma de recuperar de uma destruição tão intensa. Os entrevistados também estavam preocupados com os impactos cognitivos e financeiros do envelhecimento na sua capacidade de se preparar e se recuperar de futuros ciclones, temiam que as experiências do passado pudessem se repetir no futuro, contribuindo para sentimentos de isolamento, frustração e perda da comunidade, repensando o local onde querem viver na velhice. As políticas têm que atuar ao nível das populações costeiras mais isoladas no sentido de perceberem quais as que se mantêm autossuficientes e onde poderão necessitar de mais ajuda quando confrontados com um perigo natural (Astill & Miller, 2018).

As situações de stress provocadas por um desastre provocam alterações ao nível da ansiedade, depressão e podem originar perturbação de stress pós-traumático, tornando-se fundamental a criação de programas que capacitem as pessoas a estarem prevenidas com recursos que possam fazer face a estas situações.

Apenas um estudo abordou um programa de enfermagem de saúde mental comunitária na capacitação das pessoas para uma situação futura semelhante, a maioria não tinha adquirido os conhecimentos nem colocado as diretrizes em prática. Contudo, há evidência, da importância de formar profissionais que auxiliem nas respostas adequadas a estas situações.

Os estudos consultados não faziam referência a uma doença mental pré-existente, e não foram encontrados estudos portugueses, nem Europeus, apesar de a Turquia ser um país euro-asiático, a localização do estudo pertence à Ásia. Foram referidas algumas dificuldades na colheita de dados durante o desastre e no período pós desastre imediato o que dificulta a compreensão real das necessidades.

Desta forma, tendo em conta a análise efetuada, conclui-se que as alterações das pessoas após uma situação de desastre são ao nível da ansiedade e sintomas depressivos. Os estudos centram-se na resiliência dos participantes, perceção da vida, nas próprias capacidades físicas como forma de fazer face a um desastre, no entanto não se percebe ao certo quais as reais necessidades ao nível da enfermagem de saúde mental após um desastre, tornando-se importante a investigação e estudos futuros que deem uma resposta específica para a pergunta de investigação inicial.

2.3.2. Definição de Objetivos

Para a elaboração do programa foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar o papel do Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria na intervenção em Enfermagem de Saúde Mental em Situação de Stresse após Desastre na Região do Barlavento Algarvio (Portugal);
- Desenvolver um programa de intervenções psicoterapêuticas, promotoras de saúde mental, baseadas nos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas pessoas encaminhadas para hospital de dia e reabilitação de psiquiatria, que tenham experienciado uma situação de stresse após desastre.
- Prevenir internamentos em regime total de pessoas em situação de stresse motivado por uma situação de desastre, que tenham sido encaminhados para o hospital de dia de psiquiatria e reabilitação.

2.3.3. População Alvo

Para ser incluída no programa a pessoa tem que ter vivenciado uma situação de stresse após um desastre. O encaminhamento será efetuado por um técnico de referência, como habitualmente, através do internamento de agudos, da consulta externa de psiquiatria ou de psicologia.

Após a equipa do HD e Reabilitação de Psiquiatria receber o pedido é contactada a pessoa para agendar entrevista de avaliação diagnóstica no prazo de três dias, e esta deve integrar as intervenções em regime de internamento parcial no prazo máximo de uma semana.

É importante referir que quem for referenciado com indicação de situação de stresse após desastre é considerado prioritário, tendo sido definidos estes tempos de resposta, que não existem noutras situações, para que o acompanhamento se inicie o mais brevemente possível.

Também se acordou em equipa que o número de vagas para esta situação será de cinco pessoas, e caso haja um número maior, será concretizado mais que um grupo, onde será aplicado este programa.

2.3.4. Duração

Na literatura consultada não foi encontrado nenhum programa de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de acompanhamento individual após situação de desastre. Por conseguinte não foi possível conhecer a duração desejável deste tipo de programa.

Conforme o padrão de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (2018) um programa constitui “um conjunto alargado de intervenções pontuais ou psicoterapêuticas” (p. 41) sendo constituído por três fases que são o início, a fase desenvolvimento e trabalho, e a fase de conclusão. Na fase inicial é necessário planear a intervenção, preparando as sessões, transmitindo informação acerca do programa e envolvendo a pessoa, preparando e planeando os cuidados. Na fase de desenvolvimento segue-se o programa, sem alterações, incluindo uma sessão exploratória que

clarifique o motivo do programa, a informação dos objetivos e expectativas e, nesta fase, seguem-se as sessões de trabalho que visam capacitar a pessoa com as estratégias para o controlo do stress após desastre. Na última fase avalia-se o trabalho desenvolvido, e ocorre o encaminhando individual para recursos comunitários que permitam a vigilância de saúde. Assim, apesar de estarem definidas as fases constituídas de um programa, não há descrição do número exato de sessões, havendo somente a referência para um mínimo de três.

Por outro lado, Carvalho e Matos (2016) referem que no período após desastre é fundamental a retoma das rotinas o mais precocemente possível, constituindo a intervenção psicossocial em crise uma base para essa reintegração. As mesmas autoras mencionam que o acompanhamento e *follow-up* são fundamentais, sendo que entre a primeira semana e um mês após a situação, as intervenções para prevenção do stress agudo variam de baixa a elevada intensidade.

Por conseguinte, foi solicitado à unidade de cuidados na comunidade, do concelho onde ocorreu a última situação de desastre, o número de dias que as pessoas que foram evacuadas demoraram a regressar ao seu domicílio em segurança. A informação dada foi que o período máximo de dias que as alguém ficou nas zonas de concentração foi de seis dias, pelo que este é o número de dias de referência para a construção do programa. Para aqueles cuja a habitação ficou destruída foram arrançadas outras alternativas, pelo que as zonas de concentração das pessoas evacuadas apenas funcionaram no decorrer do incêndio.

O programa será definido por dias e as sessões organizadas tendo por base os diagnósticos identificados na literatura para estas situações. Não será obrigatória a participação no programa em dias consecutivos, pois devido à grande dimensão geográfica do Barlavento Algarvio, pode não existir as condições de acesso necessárias a uma participação diária. No entanto o programa de seis dias deve ser aplicado a todos os que integrem o programa.

2.3.5. Entrevista e Diagnósticos de Enfermagem

A entrevista em psiquiatria é considerada uma ferramenta para compreender e tratar quem tem um problema no âmbito da saúde mental (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018). A pessoa após uma situação de stresse vê, no profissional de saúde, alguém que o possa ajudar, pois normalmente está a viver uma situação que lhe causa sofrimento e deseja alívio. Se houver um sentimento de esperança na obtenção de ajuda, há uma motivação maior para contar a situação (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018).

Numa entrevista inicial, os mesmos autores afirmam que é importante desenvolver uma relação entre o profissional e a pessoa e, numa situação de trauma, existem desafios específicos. A vulnerabilidade apresentada tal como a capacidade de criação de uma relação de confiança podem estar comprometidos, tornando-se essencial o uso da empatia.

Nesta aceção, é fulcral estabelecer limites e metas para a entrevista, pois a pessoa pode não conseguir revelar a sua história no momento inicial. Podem surgir dificuldades em expressar emoções ou sentimentos de vergonha tornando-se difícil contar a sua vivência antes de ser estabelecida uma relação terapêutica. Desta forma é necessária uma aceitação similar (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018).

Tendo em conta que as memórias traumáticas podem ser guardadas de modo fragmentado e desintegrado, e por vezes relatam os eventos da vida acompanhada por experiências somatossensoriais como se todo o corpo e todos os sentidos se estivessem a lembrar da situação, a narrativa é, muitas vezes, desconexa (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018). Por isso, é comum o aparecimento de mecanismos de transferência e contratransferência e, os mesmos autores afirmam que, qualquer lição que o cérebro tenha aprendido durante uma situação ameaçadora não será facilmente esquecida.

O profissional de saúde tem que ter atenção não apenas ao sofrimento e às emoções individuais, mas também a todas as respostas e reações, com consciência de que uma vez estabelecida uma relação de confiança as intervenções psicoterapêuticas podem ser eficazes e recompensadoras (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018).

Devido à revisão da literatura pôde-se verificar que os estudos foram ao encontro da avaliação da ansiedade e depressão associadas a situação de desastre, no sentido de prevenir o stresse traumático e perturbação de stresse. No entanto, tanto na revisão da literatura como na fundamentação teórica,

há referência ao stresse e ansiedade como dominantes nas pessoas que vivenciam uma situação de desastre. De toda a pesquisa efetuada resultam 5 principais diagnósticos: ansiedade, humor deprimido, stresse, stresse pós-traumático e comportamento aditivo.

Para a conceção do programa foi utilizado o padrão de documentação enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (2018) que considera que a especificidade da prática clínica do EEESMP abrange a “excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (OE, 2018b, p. 6). Nesta perspetiva é possível estabelecer relação de confiança, aumentar o insight e capacitar o indivíduo para encontrar estratégias de resolução. Assim, o plano de intervenção “é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional” (OE, 2018b, p. 6).

No documento supracitado são apresentados diagnósticos de enfermagem que são “considerados como “exclusivos” dos EEESMP, em virtude de serem detentores dos conhecimentos mínimos para a identificação dos diagnósticos e das competências para a implementação de um plano de cuidados, centrado nas intervenções psicoterapêuticas em enfermagem e respetiva monitorização” (OE, 2018b, p. 11).

Em 2010, já Amaral tinha feito referência à elaboração de diagnóstico de enfermagem centrado na perceção e capacidade em manter equilíbrio na sua situação de saúde. Este autor acrescenta que o diagnóstico de enfermagem pretende ser curto, claro e objetivo, ser específico e estabelecido de forma criteriosa, ter em conta os dados observacionais e/ou fornecidos pela pessoa e ser específico da enfermagem.

Existem intervenções de enfermagem exclusivas dos EEESMP que são as intervenções psicoterapêuticas. As intervenções carecem do cumprimento dos seguintes pressupostos: estar descrita na classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e serem validadas por enfermeiros (OE, 2018b). Os diagnósticos identificados para o programa serão descritos seguidamente.

2.3.5.1. Ansiedade Moderada a Grave

A ansiedade, de acordo com a CIPE versão 2015 (2016) é uma emoção negativa, onde existem “sentimentos de ameaça ou perigo” (p. 40). No mesmo sentido, para a OE (2018c) este diagnóstico inclui sempre o comprometimento do autocontrole ansiedade.

Para o diagnóstico da ansiedade moderada ou elevada é necessário:

“Dados Obrigatórios

- Verbalização de ansiedade
- Manifestação de sinais e sintomas de ansiedade
- A ansiedade tem repercussões na funcionalidade da pessoa
- Potencial da pessoa para o autocontrole ansiedade

Dados Opcionais

- Valor da Escala de Ansiedade Hospitalar (indicadores NOC Nível + Autocontrole da ansiedade)
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Ansiedade” (OE, 2018c, p. 14)

As intervenções associadas ao diagnóstico ansiedade moderada ou elevada são:

- “Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade
- Executar Apoio Emocional
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Relação de Ajuda
- Executar Relaxamento
- Treinar Técnicas de Autocontrole
- Treinar Técnicas de Relaxamento
- Vigiar Ansiedade (dados do indicador)” (OE, 2018c, p. 14).

Este diagnóstico está associado ao autocontrole ansiedade comprometido que é descrito como as “disposições tomadas para cuidar do necessário para sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (OE, 2016, p. 42) e engloba os focos autocontrole ansiedade, autocontrole agressividade e autocontrole impulso.

“Dados Obrigatórios

- A pessoa tem consciência do problema comportamental
- A pessoa demonstra intenção em controlar [comportamento]
- A pessoa verbaliza incapacidade para se controlar” (OE, 2018c, p. 15).

As intervenções associadas a este diagnóstico são:

“Ensinar Sobre Estratégias de Autocontrole

Informar sobre Recursos da Comunidade
Executar Apoio Emocional
Executar Técnica de Resolução de Problemas
Treinar Técnicas de Autocontrolo
Vigiar Autocontrolo” (OE, 2018c, p. 15).

2.3.5.2. Humor Depressivo

O humor é, conforme Pio Abreu (2008), um “sentimento difuso, sem objeto, que vai sem dúvida colorir emoções, afetos, impulsos, pensamento, e todos os fenómenos da vida psíquica como se fosse o seu pano de fundo” (p. 114). Para Townsend (2011) o humor deprimido caracteriza-se pela presença de “sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo (...) perda de interesse nas atividades habituais e os sintomas somáticos podem ser evidentes. São comuns alterações no apetite e padrões de sono” (p.539)

Para o diagnóstico de humor depressivo é necessário:

“Dados Obrigatórios

- Tristeza persistente (há mais de uma semana)
- Desesperança e pessimismo (sensação de que o futuro não lhe trará nada de bom)
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada
- Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão

Dados Opcionais

- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão” (OE, 2018c, p. 29)

As intervenções associadas a este diagnóstico, em concordância com a mesma fonte são:

“- Ensinar Sobre Humor Depressivo

- Executar Apoio Emocional
- Executar Entrevista Motivacional
- Executar Estimulação Cognitiva
- Executar Intervenção Familiar
- Executar Programa de Saúde Mental Positiva
- Executar Reestruturação Cognitiva
- Executar Relação de Ajuda
- Treinar Competências Sociais
- Vigiar Equilíbrio do Humor (dados do indicador)” (p. 29)

2.3.5.3. Comportamento Aditivo

O comportamento é um “processo intencional: ações” (OE, 2015, p. 46), e é caracterizado por impulsos e compulsões relacionados com diferentes situações para redução da ansiedade ou pensamentos obsessivos (OE, 2018c).

O plano nacional para os comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020 define comportamentos aditivos ou processos de adição como “comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: substâncias psicoativas, jogo, internet, sexo, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer” (p. 10). O mesmo documento alude a continuação de comportamentos aditivos poderá levar a uma dependência.

Assim, um comportamento aditivo torna-se um problema quando a pessoa passa a condicionar a sua vida em relação ao produto, objeto ou comportamento, podendo tornar-se o foco da sua vida e excluindo outras relações (OE, 2018c).

Neste diagnóstico a OE (2018c) diferencia o comportamento aditivo e o risco de comportamento aditivo, que serão também apresentados de forma diferenciada, seguidamente.

Para o diagnóstico de comportamento aditivo é necessário:

“Dados Obrigatórios:

- Ação repetida da pessoa exercida de forma compulsiva
- Dificuldade de controlo sobre ação
- A ação implica prejuízo nas AVD
- Tipo de adição

Dados Opcionais

- Valor do Teste Sócrates” (OE, 2018c, p. 19).

As intervenções definidas são:

“- Ensinar Sobre Comportamento Aditivo (inclui Informar Sobre Recursos Comunitários)

- Executar Entrevista Motivacional
- Executar Intervenção Breve
- Executar Intervenção Familiar
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Reestruturação Cognitiva
- Treinar Modificação de Comportamento

- Treinar Técnicas de Autocontrole
- Vigiar Comportamento Aditivo (dados do Teste Sócrates)” (OE, 2018c, p. 19)

Para o risco de comportamento aditivo o diagnóstico é efetuado com base em:

“Dados Obrigatórios:

- Consumos esporádicos de substâncias/comportamentos aditivos
- Participação em atividades de risco relacionada com o comportamento aditivo
- História prévia de comportamentos aditivos
- Experimentação precoce
- Família com comportamentos de risco

Dados Opcionais

- Valor do Teste Sócrates” (OE, 2018c, p. 20).

As intervenções para este diagnóstico são:

“- Ensinar Sobre Comportamento Aditivo (inclui Informar Sobre Recursos Comunitários)

- Executar Aconselhamento
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Programa de Literacia em Saúde Mental
- Vigiar Comportamento Aditivo (dados do Teste Sócrates)” (p.20).

2.3.5.4. Stresse

O stresse é considerado pela OE (2015, p. 86) como um “sentimento de estar sobre pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente”. Deste modo, os mesmos autores consideram que o stresse provoca um sentimento de desconforto que pode estar associado ao sofrimento, dor ou experiências desagradáveis, em que a pessoa se pode sentir física e mentalmente cansada.

Para o diagnóstico de stresse é necessário:

“Dados Obrigatórios

- Verbaliza stresse relacionado com evento stressante
- Manifesta sinais e sintomas de stresse (aplicar Perceived Stress Scale)
- Interferência do stresse nas AVD
- Potencial da pessoa para gerir o stresse

Dados Opcionais

- Valor da Escala de Perceção de Stresse (Perceived Stress Scale)
- Valor Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse (QVS)
- Indicador NOC de Resultado para Nível de Stresse” (OE, 2018c, p. 36)

Segundo a mesma fonte as intervenções associadas ao stresse são:

- “- Ensinar Sobre Stresse
- Instruir Sobre Estratégias de Redução do Stresse
- Executar Apoio Emocional
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Técnica de Relaxamento
- Executar Relação de Ajuda
- Executar Técnica de Resolução de Problemas
- Avaliar Evolução do Stresse (dados do indicador)” (p. 36)

2.3.5.5. Stresse Pós-Traumático

O stresse pós-traumático ou síndrome pós trauma é considerado pela NANDA (2015, p. 262) como uma “resposta mal-adaptada e sustentada a um evento traumático e opressivo”. A Perturbação de Stresse Pós-Traumático é uma perturbação que ocorre pela confrontação com um agente extremo (Hipólito, Nunes, Brites, Laneiro, Correia & Anunciação, 2017) .

O diagnóstico de enfermagem stresse pós-traumático pode ser classificado em grau reduzido, moderado ou elevado. O grau elevado é considerado patológico. Os critérios de diagnóstico são:

“Dados Obrigatórios

- Verbaliza acontecimento traumático e opressivo
- Manifesta sinais e sintomas de stresse pós-traumático (aplicar Escala de Percepção de Stresse
- Interferência do stresse nas AVD
- Potencial da pessoa para gerir o stresse

Dados Opcionais

- Valor da Escala de Percepção de Stresse (Perceived Stress Scale)
- Valor Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse (QVS)” (OE, 2018c, p. 38)

As intervenções especializadas que podem estar associadas ao stresse pós-traumático são:

“- Ensinar Sobre Stresse Pós-Traumático

- Executar Apoio Emocional
- Executar Intervenção Psicoeducativa
- Executar Reestruturação Cognitiva
- Executar Relação de Ajuda
- Executar Técnica de Relaxamento
- Executar Técnica de Resolução de Problemas
- Executar Terapia de Modificação de Comportamento
- Instruir Sobre Estratégias de Redução do Stresse
- Vigiar Stresse Pós-Traumático (dados do indicador)” (OE, 2018c, p. 38).

2.3.6. Planeamento

- O programa desenvolve-se em seis dias.
- Será centrado no diagnóstico ansiedade e autocontrolo ansiedade.
- Esta opção foi tomada pelo facto de a ansiedade ser identificada em toda a literatura consultada, como o diagnóstico prevalente em relação a todos os outros reconhecidos.
- No final do dia, entre o 1º e do 5º dia, será efetuada uma síntese do mesmo, e dos dias anteriores, disponibilizando tempo para a pessoa fazer uma avaliação dos progressos e dificuldades sentidas, podendo-se delinear objetivos para serem concretizados no domicílio.
- Se houver necessidade de outro tipo de intervenção esta será definida no último dia do programa na sessão final de encaminhamento (HD e reabilitação, no programa de intervenção que o mesmo apresenta, em consulta externa ou nas equipas de saúde mental comunitárias).
- Os registos serão efetuados no SClínico. Estes devem referir a avaliação do estado mental da pessoa, as sessões que foram efetuadas, os problemas que continuam a ser identificados e os objetivos ou estratégias que ficaram delineados para serem efetuados no domicílio até ao próximo dia em que ocorrerá participação no HD e reabilitação de psiquiatria.

A organização do programa e os dados relativos a cada sessão são apresentados em seguida.

Quadro 2 – Sessões do Programa (Re)Construção

Horário	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6
9:00-10:00	Reunião de Equipa (Todos os Técnicos)					
10:00-10:30	Caminhada e resumo do dia anterior					
10:30-11:20	Sessão 1 Acolhimento e Entrevista de Avaliação Diagnóstica	Sessão 4 As Famílias e a Comunicação com o Doente Mental em Situação de Stresse	Sessão 7 Stresse, Ansiedade e Pânico	Sessão 11 Executar Entrevista Motivacional	Sessão 15 Ansiedade e Depressão	Sessão 18 Estratégias de Redução de Stresse e Ansiedade
11:40-12:30			Sessão 8 Benefícios da Medicação no Controlo da Ansiedade	Sessão 12 Ansiedade e Consumo de Substâncias Psicoativas	Sessão 16 Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	Sessão 19 Ansiedade e o Poder das Emoções Positivas
12:30-14:00	ALMOÇO					
14:00-15:00	Sessão 2 Ensinar Técnicas de Autocontrolo Ansiedade	Sessão 5 Ansiedade: Sinais e Sintomas	Sessão 9 Ansiedade e Estilos de Vida Saudáveis	Sessão 13 Ansiedade e Processo de Luto	Sessão 17 Desenvolver Plano para Gerir Stresse e Ansiedade	Sessão 20 Entrevista de Avaliação do Programa
15:15-15:45	Sessão 3 Ensinar Técnica de Respiração Profunda	Sessão 6 Estratégias de Redução de Stresse e Ansiedade	Sessão 10 Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	Sessão 14 Técnica de Respiração Profunda		Sessão 21 Entrevista Familiar e Encaminhamento
15:45-16:00	Síntese do Dia e Avaliação					

Quadro 3 – Sessão 1 Acolhimento e Entrevista de Avaliação Diagnóstica

Duração: 100 minutos

Recursos: Gabinete para entrevista individual, escalas de avaliação.

Objetivos	Conteúdos
<i>Executar apoio emocional.</i>	Utilização de escuta ativa, empatia e disponibilização de presença.
<i>Realizar colheita de dados.</i>	Conhecimento da situação da pessoa. Realização de anamnese pessoal, de acordo com a informação que ela é capaz de fornecer no momento. Avaliação do estado mental.
<i>Informar sobre o programa (Re)Construção.</i>	Disponibilização de informação acerca do número de dias do programa, dos seus objetivos, e das normas gerais de funcionamento do HD e Reabilitação de Psiquiatria. Mostrar o espaço físico onde decorrem as sessões. Apresentação da equipa do HD e Reabilitação.
<i>Aplicar instrumentos de avaliação.</i>	Aplicação do Inventário de Sintomas (Canavarro, 1999), da escala de Stresse Percecionado e da escala de Ansiedade Hospitalar.

Quadro 4 – Sessão 2 Ensinar Técnicas de Autocontrolo Ansiedade

Duração: 50 minutos

Metodologia: Método expositivo e demonstrativo

Recursos: Sala-Ginásio

Objetivos	Conteúdos
<i>Proporcionar segurança à pessoa.</i>	Proporcionar ambiente tranquilo, com temperatura adequada e confortável.
<i>Identificar fatores precipitantes da ansiedade.</i>	Utilização da escuta ativa, da empatia e disponibilização de presença. Orientação de entrevista para que haja identificação das causas de ansiedade.
<i>Ensinar estratégias de autocontrolo.</i>	Orientação para focalização de imagens e estratégias para controlo da ansiedade: respiração profunda, técnicas de distração e lazer.

Quadro 5 – Sessão 3 Técnica de Respiração Profunda (Apêndice VI)

Duração 30 minutos

Recursos: Sala- Ginásio

Metodologia: Método expositivo e demonstrativo

Objetivos	Conteúdos
<i>Proporcionar ambiente adequado.</i>	Ambiente tranquilo, com temperatura adequada, numa posição confortável ou com recurso a um colchão, cadeira ou cama, com roupa adequada.
<i>Explicar procedimento da respiração profunda.</i>	Explicação do procedimento da respiração profunda.
<i>Realizar técnica de respiração profunda.</i>	Realização de técnica de respiração profunda.

Quadro 6 – Sessão 4 As Famílias e a Comunicação com o Doente Mental em Situação de Stresse (Apêndice XII)

Duração: 100 minutos

Metodologia: Métodos interrogativos, demonstrativo e ativo.

Recursos: Sala-Ginásio, rádio, colunas e páginas com letra da música.

Objetivos	Conteúdos
<i>Abordar o processo de comunicação.</i>	Abordagem ao processo de comunicação definindo o emissor, recetor, canal, ruído, mensagem, codificação. Utilização da dinâmica de grupo “telefone estragado” para iniciar a sessão favorecendo a interação entre os presentes, diminuindo o receio do desconhecido e criando um ambiente descontraído.
<i>Distinguir a comunicação verbal e não-verbal.</i>	Distinção da comunicação verbal e não-verbal, dando ênfase à clarificação do que não se percebeu, o silêncio, o toque, a transferência e contratransferência, e o espaço do outro.
<i>Promover a partilha de sentimentos e emoções.</i>	Partilha de sentimentos e emoções interligando vivências com a escuta da música “Dá-me Um Abraço” de Miguel Gameiro, abordando o toque, o espaço do outro, e as interpretações que cada um dá ao mesmo texto.
<i>Abordar a comunicação assertiva com a pessoa com alteração do estado mental.</i>	Comunicação assertiva com a pessoa com alteração do estado mental e/ou com doença mental: silêncios, períodos de irritabilidade, gestos, postura e paralinguagem.
<i>Promover interação social.</i>	Promoção da interação social entre pessoas com doença mental e familiares.

Quadro 7 – Sessão 5

Ansiedade: Sinais e Sintomas

Duração: 60 minutos

Metodologia: método interrogativo, demonstrativo e Brain-storm

Recursos: Sala com quadro branco e marcador

Objetivos	Conteúdos
Definir ansiedade.	Definição de ansiedade.
Abordar os sinais e sintomas de ansiedade.	Abordagem aos sinais e sintomas da ansiedade assim como os diferentes graus de ansiedade, usando o brain-storm.
Expressar sentimentos e emoções.	Utilização da escuta ativa e empatia para facilitar que a pessoa exprima sentimentos e emoções identificando os fatores predisponentes da ansiedade e relacionar com os sintomas que apresenta.

Quadro 8 – Sessão 6

Estratégias de Redução do Stresse e Ansiedade

Duração: 30 minutos

Metodologia: Expositiva, Brain-storm

Recursos: Sala com quadro branco e marcador

Objetivos	Conteúdos
Abordar as estratégias de redução do stresse.	<p>Abordagem às estratégias de redução do stresse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evitar o stresse desnecessário (aprender a dizer 'não', evitar situações e pessoas causadoras de stresse, organizar por prioridades as coisas a fazer)• Alterar a situação (expressão de sentimentos e emoções, treino da assertividade, gestão do tempo)• Adaptação ao stressor (visualizar possíveis formas de lidar com a situação, pensamento positivo, ajustar a atitude com comportamento assertivo)• Aceitar o que não pode mudar (expressão de sentimentos, partilha com pessoas significativas, aprender a perdoar)• Arranjar tempo para diversão e relaxamento (Caminhadas, atividades com amigos e familiares, exercício físico, banho relaxante e mais demorado, comer algo preferido, massagens, ouvir música, ler um livro, técnicas de relaxamento, ver um filme, entre outros).

Quadro 9 – Sessão 7

Sessão Psicoeducacional Stresse, Ansiedade e Pânico

(Apêndice X)

Duração: 60 minutos

Metodologia: métodos interrogativos, demonstrativo e ativo.

Recursos: Sala-Ginásio, rádio, colunas, letra da música

Objetivos	Conteúdos
<i>Distinguir stresse, ansiedade e pânico.</i>	Abordagem ao stresse: eustresse e distresse, causas e fatores predisponentes. Referência à ansiedade como uma resposta adaptativa ou mal adaptativa. Distinção de stresse, ansiedade e pânico.
<i>Abordar o transtorno de pânico e ataques de pânico.</i>	Abordagem aos sintomas do pânico. Ataques de pânico, duração do mesmo e consequências ao nível da funcionalidade individual.
<i>Promover a partilha de sentimentos e emoções</i>	Partilha de sentimentos e emoções interligando vivências com a música apresentada, disponibilizando tempo para escutar a pessoa.
<i>Identificar estratégias para controlo do stresse, ansiedade e pânico</i>	Identificação de estratégias para controlo do stresse, ansiedade e pânico.
<i>Promover a interação social</i>	Promoção da Interação social.
<i>Reforçar a técnica de respiração profunda</i>	Reforçar a técnica da respiração profunda, e fornecimento da mesma em papel por se apresentar descrita no folheto.

Quadro 10 – Sessão 8

Ansiedade e Benefícios da Medicação (Apêndice IV)

Duração: 50 minutos

Metodologia: método expositivo, interrogativo e demonstrativo.

Recursos: Sala com computador e projetor

Objetivos	Conteúdos
<i>Identificar dificuldades em relação à manutenção do regime medicamentoso.</i>	Identificação das dificuldades sentidas pela pessoa na manutenção do regime medicamentoso. Explicação da importância de manter o regime medicamentoso perante uma situação de stresse. Referência à diferença entre o regime medicamentoso e terapêutico.
<i>Enumerar os diferentes tipos de psicofármacos.</i>	Enumeração dos diferentes tipos de psicofármacos (antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos e hipnóticos).

<i>Referir as causas de não adesão ao regime medicamentoso.</i>	Referência às causas de não adesão ao regime medicamentoso.
<i>Enumerar as consequências da não adesão ao regime medicamentoso.</i>	Enumeração das consequências da não adesão ao regime medicamentoso.
<i>Promover a partilha de experiências e emoções.</i>	Promoção da partilha de experiências e emoções auxiliando na gestão do regime medicamentoso, nomeadamente efeitos secundários da medicação e uso de terapêutica prescrita em SOS.

Quadro 11 – Sessão 9

Ansiedade e Influência dos Estilos de Vida Saudáveis

(Apêndice II)

Duração: 60 minutos

Metodologia: método interrogativo e demonstrativo

Recursos: Sala com quadro branco e canetas, folheto sobre o sono (Apêndice XIX).

Objetivos	Conteúdos
<i>Promover a interação social.</i>	Promoção da interação social através da realização de brain-storm.
<i>Identificar dificuldades em relação à manutenção de estilos de vida saudável.</i>	Identificação de dificuldades em relação à manutenção de estilos de vida saudável.
<i>Enumerar as diferentes componentes dos estilos de vida saudável.</i>	Enumeração das diferentes componentes dos estilos de vida saudável nomeadamente alimentação saudável, hidratação adequada, exercício físico, atividade física, gestão do stresse, evitar consumos de substâncias nocivas ou psicoativas e higiene do sono. Abordagem aos estilos de vida saudável no sentido de haver uma adequação a algumas limitações que tenham surgido perante a experiência de desastre.
<i>Abordar estratégias para uma boa higiene do sono.</i>	Abordagem de estratégias para uma boa higiene do sono que pode ficar comprometido ou alterado perante a experiência de desastre, utilizando folheto próprio.

Quadro 12 – Sessão 10

Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

(Apêndice VI)

Duração: 30 minutos

Recursos: Sala-ginásio, colchões

Objetivos	Conteúdos
<i>Diminuir a ansiedade.</i>	Diminuição da ansiedade através da execução de uma sessão de relaxamento. Explicação da sessão de relaxamento, proporcionando um ambiente calmo, sem luz artificial.
<i>Utilizar exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento.</i>	Utilização de exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento, e tranquilização da pessoa, para que possa estar mais atenta à execução dos exercícios seguintes.
<i>Realizar relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.</i>	Realização de sessão de relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

Quadro 13 – Sessão 11

Executar Entrevista Motivacional

Duração: 50 minutos

Recursos: Gabinete com ambiente tranquilo.

Objetivos	Conteúdos
<i>Executar a entrevista motivacional baseada nos seus quatro princípios.</i>	Execução da entrevista motivacional baseada na empatia, no reforço da autoeficácia (desenvolver e reforçar a confiança da pessoa na sua capacidade para resolver um problema e mudar), fluir com a resistência (identificar as dificuldades e diminuir as resistências) e amplificar discrepâncias (tornar claro a discrepância entre o comportamento atual e o desejado, é uma fonte de motivação para a mudança).
<i>Orientar a entrevista promovendo a mudança nos problemas identificados, e comportamentos não desejados.</i>	Orientação da entrevista promovendo a mudança nos problemas identificados e nos comportamentos não desejados através de: realização de questões abertas possibilitando um ambiente de aceitação e confiança; apoio emocional verbalizando compreensão e utilizando afirmações positivas; escuta ativa permitindo devolver respostas baseadas na reflexão do que foi dito; reforço da informação mais importante que foi dita pela pessoa cuidada ou das conclusões mais importantes que surjam; promoção de um discurso de mudança reforçando os benefícios da mudança, para que haja o reconhecimento das desvantagens do comportamento atual e expresse intenções de mudar.

Quadro 14 – Sessão 12

Ansiedade e Consumo de Substâncias Psicoativas (Apêndice IX)

Duração: 50 minutos

Metodologia: método interrogativo, expositivo e demonstrativo

Recursos: Sala com computador e projetor

Objetivos	Conteúdos
<i>Definir conceitos gerais.</i>	Definição de droga, uso, abuso e dependência de substâncias;
<i>Relacionar a ansiedade e consumos de substâncias psicoativas.</i>	Relacionamento da ansiedade com os consumos de substâncias psicoativas perante a vivência de situações de stresse relacionado com desastre. Exposição dos fatores relacionados com o início do consumo de substâncias, os fatores protetores.
<i>Expor a classificação das drogas de acordo com a origem, legalidade e em relação aos efeitos sobre o comportamento humano.</i>	Exposição da classificação das drogas de acordo com a origem, legalidade e em relação aos efeitos sobre o comportamento humano.
<i>Expor o percurso habitual de consumo de substâncias.</i>	Referência ao percurso habitual de consumo de substâncias.
<i>Enunciar a sintomatologia de abstinência, associada aos consumos de diversas substâncias.</i>	Exposição da sintomatologia de abstinência, associada aos consumos de diversas substâncias.

Quadro 15 – Sessão 13

Ansiedade e Processo de Luto

Duração: 60 minutos

Metodologia: Será usado o método expositivo, interrogativo

Recursos: Sala com quadro branco e marcador

Objetivos	Conteúdos
<i>Identificar as perdas que as pessoas integradas em HD tiveram na situação de desastre.</i>	Identificação de todo o tipo de perdas que as pessoas integradas em HD tiveram na situação de desastre independentemente do tipo de perdas (materiais, familiares, emocionais). Escuta ativa. Empatia. Facilitação da expressão de sentimentos e emoções.
<i>Abordar as fases do processo de luto.</i>	Abordagem das fases do processo de luto: negação, raiva, depressão, negociação e aceitação. Explicação do processo normal e patológico.

Quadro 16 – Sessão 14

Técnica de Respiração Profunda (Apêndice VI)

Duração: 30 minutos

Recursos: Sala- Ginásio

Metodologia: Método expositivo e demonstrativo

Objetivos	Conteúdos
<i>Proporcionar ambiente adequado.</i>	Ambiente tranquilo, com temperatura adequada, numa posição confortável ou com recurso a um colchão, cadeira ou cama, com roupa adequada.
<i>Recordar o procedimento da respiração profunda.</i>	Recordar o procedimento da respiração profunda.
<i>Realizar técnica de respiração profunda.</i>	Realização de técnica de respiração profunda, possibilitando a autoadministração pela pessoa com alteração do estado mental.

Quadro 17 – Sessão 15

Ansiedade e Depressão (Apêndice XIII)

Duração: 50 minutos

Metodologia: Método expositivo, demonstrativo

Recursos: Sala com computador e projetor e música

Objetivos	Conteúdos
<i>Identificar sinais e sintomas de depressão.</i>	Identificação de sinais e sintomas de depressão e como a manutenção da ansiedade pode influenciar o surgimento dos mesmos.
<i>Promover a interação social.</i>	Promoção da interação social através da partilha de experiências.
<i>Interpretar a música relacionando com a sua situação atual.</i>	Interpretação da música relacionado com a situação atual de cada pessoa, em que devem fazer a seleção de uma frase ou palavra que reflita o que está a sentir.
<i>Enumerar estratégias para controlo de sintomas ligeiros da depressão.</i>	Enumeração de estratégias para controlo de sintomas ligeiros de depressão.
<i>Visualizar curta-metragem.</i>	Visualização da curta-metragem acerca da depressão e síntese do tema.

Quadro 18 – Sessão 16 Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Apêndice VI)

Duração: 45 minutos

Metodologia: método demonstrativo

Recursos: Sala-ginásio, colchões, rádio e colunas

Objetivos	Procedimentos
<i>Diminuir a ansiedade.</i>	Diminuição da ansiedade através da execução de uma sessão de relaxamento. Explicação da sessão de relaxamento, proporcionando um ambiente calmo, sem luz artificial e com recurso a música ambiente.
<i>Utilizar exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento.</i>	Utilização de exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento. Alternância das orientações para a técnica de respiração profunda com a escuta de música ambiente.
<i>Realizar relaxamento através da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.</i>	Realização de sessão de relaxamento através da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson.

Quadro 19 – Sessão 17

Desenvolver Plano para Gerir Stresse e Ansiedade

(Apêndice XX)

Duração: 90 minutos

Metodologia: metodologia demonstrativa, interrogativa

Recursos: Sala, papel e canetas.

Objetivos	Conteúdos
<i>Identificar as situações atuais geradoras de stresse.</i>	Identificação das situações atuais geradoras de stresse, colocando-as no início da folha distribuída a cada pessoa. O EEESMP irá auxiliar na identificação individual das situações geradoras de stresse.
<i>Reconhecer os sinais e sintomas presentes em situações de stresse e ansiedade.</i>	Reconhecimento dos sinais e sintomas presentes em situações de stresse e ansiedade, por cada pessoa, devendo descrevê-los na folha.
<i>Identificar as formas habituais de gestão de stresse.</i>	Identificação das formas habituais que a pessoa tem para gerir o stresse, nomeadamente situações de descontrolo do impulso, consumos de substâncias psicoativas, isolamento, sentimentos de raiva ou frustração, entre outras.
<i>Reconhecer as estratégias utilizadas e apresentadas que possam auxiliar no controlo do stresse e ansiedade.</i>	Reconhecimento das estratégias utilizadas e apresentadas ao longo do programa que possam ser utilizadas como facilitadoras no controlo do stresse e ansiedade. Estabelecimento de objetivos pequenos, possíveis e concretizáveis dando prioridade às coisas a efetuar.
<i>Identificar o que pode ser realizado para evitar o stresse desnecessário.</i>	Identificação do que pode ser realizado para evitar o stresse desnecessário: aprender a dizer 'não', evitar situações pessoais causadoras de stresse, organizar por prioridades as coisas a fazer.
<i>Reconhecer formas de alteração da situação e adaptação ao stressor.</i>	Reconhecimento das formas de alteração da situação como a expressão de sentimentos e emoções, treino da assertividade e gestão do tempo. Se não for possível alterar a situação deve ser identificadas possíveis formas de lidar com a situação ajustando a atitude.
<i>Definir tempo para a realização de atividades de diversão e relaxamento.</i>	Definição de tempo diário para a realização de atividades de diversão e relaxamento como caminhadas, atividades com amigos e familiares, exercício físico, banho relaxante e mais demorado, comer algo preferido, mensagens, ouvir música, ler um livro, técnicas de relaxamento, ver um filme, entre outros.
<i>Preencher plano com as atividades a desenvolver para reduzir o stresse e ansiedade.</i>	Preenchimento do plano com as atividades a desenvolver para reduzir o stresse e ansiedade, com datas e formas de conceção das mesmas.

Quadro 20 – Sessão 18 Estratégias para Reduzir Stresse e Ansiedade

Duração: 60 minutos

Metodologia: Método expositivo, interrogativo

Recursos: Gabinete calmo e tranquilo

Objetivos	Conteúdos
<i>Abordar as estratégias de redução do stresse.</i>	Abordagem às estratégias de redução do stresse: <ul style="list-style-type: none">• Evitar o stresse desnecessário (aprender a dizer ‘não’, evitar situações e pessoas causadoras de stresse, organizar por prioridades as coisas a fazer).• Alterar a situação (expressão de sentimentos e emoções, treino da assertividade, gestão do tempo).• Adaptação ao stressor (visualizar possíveis formas de lidar com a situação, pensamento positivo, ajustar a atitude com comportamento assertivo).• Aceitar o que não pode mudar (expressão de sentimentos, partilha com pessoas significativas, aprender a perdoar).• Arranje tempo para diversão e relaxamento (Caminhadas, atividades com amigos e familiares, exercício físico, banho relaxante e mais demorado, comer algo preferido, massagens, ouvir música, ler um livro, técnicas de relaxamento, ver um filme, entre outros).
<i>Relacionar as estratégias referidos com o plano desenvolvido.</i>	Relacionar as estratégias com o plano desenvolvido anteriormente, e se necessário reformular alguns pontos do mesmo.

Quadro 21 – Sessão 19 Ansiedade e o Poder das Emoções Positivas (Apêndice XIV)

Duração: 60 minutos

Metodologia: métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos: Cartões e marcadores

Objetivos	Conteúdos
<i>Promover a expressão de sentimentos e emoções.</i>	Promoção da expressão de sentimentos e emoções através do desenho da emoção sentida por cada pessoa.
<i>Promover a interação social.</i>	Promoção da interação social.
<i>Abordar as emoções básicas do ser humano.</i>	Abordagem às 6 emoções básicas do ser humano: raiva, medo, aversão, tristeza, surpresa e alegria, relacionando-as com a situação experienciada recentemente
<i>Referir o decálogo da saúde mental positiva.</i>	Referência ao decálogo da saúde mental positiva, como estratégia para lidar com as situações de stresse e ansiedade, como forma de auxílio na adaptação à realidade da pessoa.
<i>Realizar de dinâmica.</i>	Realização da dinâmica “Pote da Gratidão”.

Quadro 22 – Sessão 20

Entrevista de Avaliação do Programa

Duração: 60 minutos

Recursos: Gabinete calmo e tranquilo

Objetivos	Conteúdos
<i>Executar apoio emocional.</i>	Utilização de escuta ativa, empatia e disponibilizar presença e tempo para expressão de sentimentos e emoções.
<i>Identificar estratégias adquiridas pela pessoa.</i>	Identificação de estratégias adquiridas pela pessoa.
<i>Aplicar instrumentos de avaliação.</i>	Aplicação do Inventário de Sintomas (Canavarro, 1999), da escala de Stresse Percecionado e da escala de Ansiedade Hospitalar.

Quadro 23 – Sessão 21

Entrevista Familiar e Encaminhamento

Duração: 50 minutos

Recursos: Gabinete calmo e tranquilo

Objetivos	Conteúdos
<i>Identificar problemas atuais da pessoa.</i>	Identificação dos problemas atuais da pessoa abrangida pelo programa depois da aplicação das escalas na entrevista.
<i>Definir com a pessoa inserida no programa o encaminhamento pós programa.</i>	Definição, em conjunto com a pessoa inserida no programa, o tipo de seguimento após a conclusão do programa (Re)Construção, de acordo com os problemas identificados. Fornecimento de informações sobre o seguimento posterior, assim como formas de pedir ajuda, caso o utente tenha algum problema ao nível da saúde mental.
<i>Informar a família da situação atual da pessoa cuidada.</i>	Informação à família da situação atual da pessoa cuidada e do encaminhamento que será efetuado.

2.3.7. Execução

O programa (Re)Construção apenas poderá ser aplicado quando houver uma situação de desastre. Deverá ser realizado por um EEESMP e seguir o planejamento definido anteriormente.

2.3.8. Avaliação

O programa será avaliado através dos resultados obtidos na aplicação de escalas no início e final do programa. Será aplicado um questionário de satisfação às pessoas incluídos no programa (Apêndice XXI), assim como às suas famílias (Apêndice XXII).

2.3.9. Divulgação dos Resultados

Cada vez que o programa for executado, será efetuado um relatório com informação relativa à sua aplicabilidade, dificuldades sentidas pelo EEESMP na sua execução, feedback das pessoas integradas no programa e das suas família bem como os resultados obtidos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2019) publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado numa área de especialização de enfermagem e partilha: “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (p. 4744)

Segundo o mesmo documento, os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências: “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Neste capítulo, pretende-se demonstrar a forma como as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEESMP, assim como as competências de mestre foram adquiridas no decorrer do estágio final.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista estão divididas em quatro domínios que são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados, e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Cada domínio apresenta várias competências que serão apresentadas, de forma esquemática, no quadro seguinte, de forma a conhecer o conteúdo das mesmas.

Domínio	Competências
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;• Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Melhoria da Qualidade	<ul style="list-style-type: none">• Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;• Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;• Garante um ambiente terapêutico e seguro.
Gestão dos Cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;• Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;• Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Quadro 24- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista adaptado de OE (2019).

Tendo por base a teoria das relações interpessoais de Peplau, assente na premissa que o enfermeiro pode ter vários papéis no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa cuidada (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005), foi relacionada esta teoria com os diversos papéis que foram desempenhados durante este percurso. Inicialmente houve a sensação de papel de estranho, pois ainda não havia conhecimentos acerca das pessoas que integravam o grupo de HD nem delas em relação ao papel que a mestranda estava ali a efetuar. Inicialmente, a mestranda experienciou uma sensação de medo do desconhecido.

Com o passar dos dias, as pessoas com doença mental foram reconhecendo a mestranda como elemento que estava a ser integrado naquela equipa e já a solicitavam como pessoa de recurso. Quando já estava estabelecida uma relação terapêutica considera-se que houve uma evolução na prestação de cuidados e nas relações interpessoais, tendo a mestranda desempenhado o papel de professor, líder e conselheiro, no desenrolar das atividades e intervenções efetuadas. O papel de professor foi desempenhado, maioritariamente, nas sessões de psicoeducação, onde se pretendia uma transmissão de conhecimentos para que houvesse aplicabilidade no seu dia-a-dia. O papel de líder foi desenvolvido no processo de tomada de decisão, em relação a algumas atividades; e a figura de conselheiro foi visível em várias ocasiões individuais e grupais, em que a mestranda forneceu estratégias para que fosse possível uma tomada de decisão ou mudança de comportamento.

Todas as intervenções foram executadas com responsabilidade profissional, ética e legal, constantes no código deontológico do enfermeiro que serviu de base para a tomada de decisão,

incluindo a pessoa nesse processo. De acordo com o artigo 99 do Código Deontológico (OE, 2015) a prestação de cuidados deve reger-se conforme os seguintes valores: igualdade, liberdade, responsabilidade, capacidade de escolha, verdade, justiça, competência e aperfeiçoamento profissional. Todos estes foram tidos em conta na prestação de cuidados ao longo do estágio final.

Para a elaboração do projeto de intervenção foi pedida a autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do CHUA respeitando todos os preceitos éticos e legais (Anexo I).

Ao longo das semanas de estágio o planeamento de intervenções foi sempre efetuado a pensar no respeito dos direitos humanos, o direito à informação e ao sigilo, o respeito pela dignidade, privacidade e autodeterminação das pessoas, incluindo-as no processo de reabilitação. Através do contrato terapêutico, é feita uma proposta de intervenção observando as dificuldades expressas e as necessidades avaliadas pelos profissionais, decidindo-se os dias que a mesma irá frequentar o HD em conjunto com ela.

Neste percurso nunca houve desrespeito pelos valores, crenças, práticas ou costumes individuais da pessoa com doença mental, tendo sido reconhecidos e aceites os seus direitos, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pelas mesmas.

As intervenções terapêuticas efetuadas visaram a promoção da saúde e prevenção da doença com a manutenção de um ambiente seguro, promovendo o bem-estar e o aumento da literacia. Todas as sessões ocorridas tiveram sempre em consideração o grupo de pessoas presentes, adaptando-se às suas capacidades de compreensão, por exemplo quando estava presente um elemento que não sabia ler ou outro com hipoacusia. Desta forma, pretendia-se que fosse compreendido o que estava a ser transmitido podendo aplicá-lo no seu dia-a-dia, pelo que foi respeitado o nível de literacia da mesma.

Os registos foram efetuados no processo individual de cada pessoa, com vista à manutenção da segurança da informação e continuidade de cuidados.

No artigo 112º do Código Deontológico (OE, 2015) consta que o enfermeiro deve integrar a equipa de saúde colaborando na tomada de decisão na “promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (p. 87). A participação nas reuniões de equipa possibilitou a discussão do quotidiano do HD, abordando os diferentes casos assim como o recurso frequente aos técnicos presentes para validação das intervenções delineadas e executadas, e

o esclarecimento de dúvidas facilitaram o planeamento de intervenções adequadas e adaptadas às necessidades identificadas.

Estas reuniões funcionam como um recurso para o pensar e o agir em enfermagem, com vista na revisão de conceitos, atitudes e condutas, facilitando os relacionamentos interpessoais. Consequentemente, foi exequível a manutenção de um papel ativo no processo de tomada de decisão no seio da equipa multidisciplinar. Para além disso, as decisões tomadas foram sempre baseadas no conhecimento científico da área de intervenção e na experiência da equipa do HD e Reabilitação de Psiquiatria.

Desta forma, a melhoria da qualidade foi essencialmente desenvolvida com a aplicação de intervenções sempre mantendo um ambiente terapêutico e seguro para a pessoa cuidada, demonstrando disponibilidade para ajudá-la no seu processo de reabilitação.

Foi possível formular sugestões de melhoria de algumas intervenções, sempre com carácter positivo e construtivo, principalmente quando era solicitado parecer na reestruturação das intervenções constantes do programa do hospital de dia e reabilitação. Logo, o facto de se estar a desenvolver competências especializadas permitiu o auxílio no processo de decisão das intervenções mais adequadas e na reorganização do programa do hospital de dia através da partilha de saberes e de experiências.

Por outro lado, a elaboração de um programa de intervenção em enfermagem de saúde mental após situação de desastre expandiu o desenvolvimento no domínio da qualidade dos serviços ao basear-se num conjunto de intervenções para a melhoria dos cuidados a uma população que pode ficar fragilizada perante uma situação adversa que é um desastre. Na sua concretização, a decisão dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções seleccionadas foi efetuada tendo por base o conhecimento teórico e científico e a discussão com a equipa multidisciplinar de modo a beneficiar dos seus contributos e analisar os fundamentos das decisões e organização do programa.

Na elaboração do programa foi possível fomentar prioridades, o que auxiliou o desenvolvimento de capacidade de análise, conhecimento de instrumentos de avaliação, planeamento de intervenções visando a aquisição de metas e objetivos definidos, numa melhoria contínua de cuidados. Por sua vez, as intervenções terapêuticas praticadas ao longo do estágio final tiveram sempre por base a

identificação de uma necessidade, o planeamento da mesma de acordo com fundamentação teórica apropriada, e a sua execução de forma a assegurar a efetivação do benefício terapêutico das mesmas.

Todas as intervenções planeadas tiveram em consideração os recursos existentes, tanto da alocação das salas como de materiais que fossem necessários durante as sessões, por forma a fazer uma gestão adequada dos mesmos. Os recursos pessoais foram igualmente ponderados, nomeadamente no planeamento das sessões em que estava prevista a participação de outros elementos da equipa multidisciplinar. O programa de intervenção desenvolvido firmou-se também nos recursos humanos e materiais existentes, para que seja praticável a sua execução assim que estiverem reunidas as condições para tal.

Ao longo destas semanas, logrou-se motivar não só as pessoas com doença mental como os profissionais através da aplicação de intervenções ativas e dinamizadoras com o grupo do HD, proporcionando uma renovação das atividades de psicoeducação e de treino de competências sociais. A fundamentação teórica, os planos de sessão e os subsídios usados para a execução das sessões foram entregues no serviço e integradas no plano de intervenção do hospital de dia.

Ademais, o autoconhecimento e consciência de si será abordado de forma mais profunda nas competências específicas, todavia importa mencionar que o autoconhecimento viabilizou a identificação de fatores pessoais que poderiam interferir na relação terapêutica. Por outro lado, proporcionou a consciencialização de limites individuais e a influência destas situações na relação com as pessoas cuidadas e a equipa multidisciplinar. Em situações em que houve a sensação de uma maior pressão esta foi gerida no sentido de não influenciar negativamente a execução de intervenções nem a relação terapêutica, facultando uma resposta assertiva e adequada à situação atual vivida.

No que se refere ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a avaliação de necessidades realizada baseou-se no conhecimento proveniente da evidência, recorrendo a instrumentos de colheita de dados adequados, tais como a linguagem CIPE na definição de diagnósticos e elaboração de registos.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com a OE (2019, p. 4745) as competências específicas do Enfermeiro Especialista resultam da presença de: “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção (...), demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (p.8649).

O regulamento das competências do EEESMP foi publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 151 de 7 de agosto de 2018. Neste, a OE (2018a) alude que o EEESMP se centra na prevenção da doença e na promoção da saúde mental, no diagnóstico e na intervenção mediante cada resposta humana, produzindo ganhos em saúde. Através da mobilização de si como instrumento terapêutico, o EEESMP estabelece relações de confiança em parceria com a pessoa cuidada desenvolvendo intervenções que permitam auxiliar na adequação de respostas aos problemas específicos individuais, da família ou da comunidade (OE, 2018a).

Assim, o EEESMP mobiliza: “saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas” (OE, 2018a, p. 21428)

De acordo com o documento citado anteriormente o EEESMP tem quatro competências específicas e cada uma apresenta um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. Ao longo do estágio final foram efetuadas várias intervenções para a obtenção destas competências. Seguidamente, será apresentada cada competência e a forma como a mesma foi adquirida ao longo da prática clínica.

✓ **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”** (OE, 2018a, p.21428)

A primeira competência prende-se com a capacidade que o EEESMP tem de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, para que consiga ter consciência das emoções, sentimentos e valores que

podem interferir com a relação terapêutica (OE, 2018a). Segundo a mesma fonte, o EEESMP deve gerir não só o ambiente como as suas emoções, tendo atenção às reações corporais, emocionais e repostas comportamentais de forma a estabelecer uma boa relação terapêutica.

Com efeito, esta competência tem a particularidade de fazer com que ocorra uma análise de toda a interação que há com a pessoa com doença mental e com os profissionais de saúde ao longo do estágio. Por vezes não é fácil tomar consciência de como o nosso interior afeta toda a relação com os outros, não apenas a quem se presta cuidados, mas também com os profissionais que estiveram presentes ao longo deste estágio.

Neste sentido, e por ter em atenção a necessidade de organização, planeamento e para que houvesse uma demonstração de disponibilidade, interesse e motivação, foi fundamental o planeamento e agendamento da maioria das sessões que iam ser efetuadas durante o estágio, logo nas primeiras semanas. Este facto conduziu à diminuição, por parte da mestranda, de alguns níveis de ansiedade, por haver alguma sensação de controlo e possibilidade de alteração ou reformulação se assim fosse necessário.

Foi indispensável delinear a fundamentação teórica, os planos de sessão e outros recursos que eram indispensáveis às sessões, tais como folhetos, diapositivos e impressos. A vontade de ter tudo organizado e mostrar motivação e trabalho acabaram por levar a um desgaste que só foi possível verificar a meio do estágio, após chamada de atenção por um dos elementos da equipa. Por vezes não foi fácil levar em conta os limites pessoais, e este alerta possibilitou uma reflexão acerca dos mesmos, desenvolvendo o resto do estágio com consciência do papel que estava a ser desenvolvido, das potencialidades e dos próprios limites.

Após a ocorrência das intervenções psicoterapêuticas era sempre solicitado feedback ao enfermeiro orientador assim como aos restantes elementos da equipa com o intuito de melhorar a interação e intervenção. Para além deste facto, foram efetuadas reflexões (Apêndice I) acerca das atividades que foram planeadas e isso promoveu o processo de introspeção. Estando fora do contexto, mas analisando-o, foi possível melhorar postura corporal, gestos, maneirismos e palavras repetitivas que funcionavam como forma de reforçar o que tinha sido mencionado anteriormente mas que poderia tornar a sessão desinteressante, entre outras.

Por conseguinte, estas reflexões tiveram por base o ciclo reflexivo de Gibbs, que segundo Neves (2015), é composto por seis etapas que são descrição da situação, pensamentos e sentimentos vivenciados, avaliação dos aspetos positivos e outros a melhorar, análise e verificação das aprendizagens decorrentes da situação, conclusão e ação. De acordo com a mesma autora, citando Gibbs, na fase da conclusão a pessoa deve refletir acerca do que poderia ter feito de melhor, para que consiga mudar a intervenção numa situação similar, ou seja, preparar-se para a ação. Assim sendo a autorreflexão permite uma consciencialização do processo de aprendizagem ao se centrar em situações concretas, possibilitando a consciência das capacidades e responsabilidades enquanto transmissor de informação e conhecimento.

O processo reflexivo elaborado após as intervenções diligenciou a tomada de consciência de dificuldades comunicacionais, de formas de comunicação não-verbal menos adaptadas e a sua correção. Ao longo das semanas, surgiram algumas posturas e expressões que iam sendo reformuladas à medida que a sessão decorria, e isso só foi possível alcançar devido à reflexão efetuada.

Durante o estágio pôde-se compreender a complexidade que se encontra inerente a uma relação terapêutica, quer ao nível da técnica, principalmente na capacidade comunicacional, quer na componente humana. Surgiram dificuldades neste processo, nomeadamente o tomar consciência de como a história pessoal pode influenciar a forma de estar na relação. Mediante a experiência, atingiu-se uma maior compreensão das dificuldades e conflitos internos que possam surgir tentando que estes não interfiram na relação terapêutica.

Por isso, considera-se que a forma de organização do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, assim como a reflexão acerca da ação foram uma mais-valia na progressão pessoal e profissional que adveio no decorrer do mesmo. A partir do questionamento e introspeção este percurso de aprendizagem revelou-se um processo de crescimento pessoal, amadurecimento e de expansão do autoconhecimento.

✓ **Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**” (OE, 2018a, p.21428)

Esta competência, conforme o seu descritivo, está relacionada com a recolha de informação para a compreensão do estado mental da pessoa cuidada permitindo perceber as necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença mental (OE, 2018a).

No início do estágio procedeu-se à consulta do processo de cada pessoa que frequentava o HD e Reabilitação com o propósito de tomar conhecimento da sua patologia, situação individual e familiar, assim como das necessidades que originaram a sua integração.

Este princípio assingelou conhecimento da realidade da pessoa a quem se presta cuidados e a identificação das necessidades originou o planeamento de intervenções e sessões psicoterapêuticas. Este saber associado à observação do comportamento, ao apoio emocional realizado, fortalecendo capacidades comunicacionais, como escuta ativa, empatia e compreensão, ofereceram uma avaliação abrangente.

Desta forma, o planeamento das intervenções que ocorreram ao longo do estágio tinham duas finalidades: auscultar junto do enfermeiro orientador se as propostas efetuadas se adequavam ao grupo do HD a quem as mesmas se dirigiam e criar uma articulação com o programa de intervenção que foi apresentado. Assim, a maioria das intervenções propostas no programa de intervenção foram realizadas com o grupo de HD e Reabilitação. Este ponto efetiva que se tenha algum conhecimento quanto à forma como a sessão está estruturada e a sua eficácia, apesar da diferente e específica situação que originará a inclusão no programa.

As necessidades identificadas foram resultado de uma avaliação abrangente, sendo que o grupo do HD e Reabilitação era constituído por pessoas com multiplicidade de patologias, desde oligofrenia, depressão, psicose tóxica, transtornos de ansiedade e esquizofrenia, pelo que as atividades pretendiam ser adaptadas a toda essa disparidade.

No decorrer destas semanas houve oportunidade de executar entrevistas individuais e com a família, com o objetivo de efetuar colheita de dados, explicar o funcionamento do HD e reabilitação e realização a avaliação do estado mental. Nestas foi possível estabelecer uma relação de confiança e desenvolver intervenção individual. Nas entrevistas foi verificado o impacto da doença mental na

pessoa e no seu ambiente familiar tal como na qualidade de vida da mesma, tendo sido proposto a integração em intervenções que promovessem a autonomia e a funcionalidade.

O estágio final realizou-se no serviço de HD e reabilitação de Psiquiatria, no qual a população assistida é adulta. Sabendo que esta competência se refere à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, esta foi expandida pela participação, como elemento ativo, numa sessão focalizada nas emoções a crianças do pré-escolar com idades compreendidas entre os quatro e os cinco anos de idade. Foi ainda frequentada uma formação num Encontro de Saúde Mental em Silves em que foi possível tomar conhecimento acerca do Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI) e do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Neste encontro, também se tornou clara a intervenção em pedopsiquiatria no Algarve, que é uma área onde os recursos humanos são escassos.

Outras áreas como comportamentos aditivos, psiquiatria forense e emergências psiquiátricas foram da mesma forma enriquecidas com a frequência de encontros e congressos, que serão descritos nas competências de mestre.

As sessões que foram praticadas com a família ofereceram um suporte aos cuidadores e uma maior proximidade com eles. A realidade que as famílias vivem, faz com que muitas vezes se inibam ou tenham vergonha e o facto de, nas três sessões elaboradas com as mesmas, ter havido partilha das suas experiências foi imensamente benéfico. Qualquer que seja a intervenção, o enfermeiro deve desenvolver esforços para auxiliar no processo de reabilitação da pessoa com doença mental, valorizando pequenos acontecimentos ou conquistas que a mesma tenha assim como intervir, quando necessário, no meio social ou profissional.

Foram organizadas, em conjunto com o enfermeiro orientador, duas visitas domiciliárias ao local de trabalho de uma pessoa que tinha frequentado o HD e foi possível verificar a sua ação no local de trabalho, averiguar as habilidades que tinha logrado e incentivar o desenvolvimento de outras competências que permitissem a manutenção do trabalho. A proximidade da equipa com a entidade laboral ajudou não só a integração deste elemento no trabalho, como também o esclarecimento de algumas dúvidas por parte da gerente em relação à forma de interagir com a pessoa.

✓ **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”** (OE, 2018a, p. 21428)

Esta competência visa, de acordo com o seu descritivo a “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (OE, 2018a, p. 21428).

A elaboração do programa de intervenção em enfermagem de saúde mental (Re)Construção pretende a aquisição desta competência. Para a execução do programa estão previstas intervenções para dar resposta a uma situação de desastre. Desta forma foi efetuada pesquisa bibliográfica, fundamentação teórica e pesquisa de consenso que demonstraram a pertinência e necessidade de criar uma intervenção de enfermagem de saúde mental em situação de stress pós-desastre.

Assim, todas as intervenções constantes no programa (Re)Construção são baseadas na evidência científica e têm por base uma fundamentação da mesma para que, apesar de não se ter conhecimento da real eficácia do mesmo, por não ter sido encontrado na literatura nada semelhante, este tenha um sólido suporte teórico.

Desta forma, todo o processo de diagnóstico da situação, determinação de objetivos, definição da população alvo, duração do programa e planeamento foram organizados com a intervenção da equipa do HD e Reabilitação, tendo em conta a população a que se destina. Consequentemente, prevê-se a promoção da saúde mental e prevenção da doença, capacitando a pessoa a adquirir estratégias para redução do stress causado por uma situação de desastre.

Os diagnósticos identificados seguem o recente padrão documental emitido pela OE, com definição de diagnósticos realizados exclusivamente pelos EEESMP e das intervenções associadas aos mesmos. No programa criado também se prevê o envolvimento da família, no sentido de ajudá-los a gerir a situação e saber como reagir com a pessoa com doença mental numa situação de desastre.

Aquando do estágio final esta competência foi igualmente posta em prática através de registos individuais e adequados, no processo clínico, com linguagem da classificação internacional para a

prática de enfermagem (CIPE), com base na avaliação efetuada durante o dia, viabilizando a continuidade dos cuidados e verificando a evolução no plano individual definido.

Foi sempre garantida a segurança da pessoa e quando necessário, especialmente num elemento que ficava por períodos mais hostil e desadequado com os outros indivíduos do grupo do hospital de dia, foi solicitado apoio à médica para ajuste da medicação mantendo o ambiente terapêutico seguro e adequado ao progresso das intervenções. Outra situação é o acompanhamento ao refeitório do hospital, para almoço, pois este permite que se mantenha a segurança de todos e se intervenha em situações de risco como por exemplo o engasgamento.

Da mesma forma, as pessoas que se encontram no HD não ficam sozinhas durante as atividades e para que utilizem objetos cortantes, utensílios de cozinha, forno, ou outros que possam ser potencialmente perigosos é avaliada a sua capacidade de utilização em segurança.

Efetivamente, esta competência aborda a questão das emergências psiquiátricas. Sendo o estágio desempenhado em contexto de HD não houve situação de emergência psiquiátrica, no entanto para colmatar esta falta, foi efetuada a frequência do 3º Congresso da Ordem Dos Enfermeiros Secção Regional do Sul, cujo tema era a Urgência e Emergência e uma das mesas do segundo dia tinha a especificidade de abordar as emergências psiquiátricas. Para além disto, alguns preletores relataram a importância de EEESMP em serviços de urgência, não só para lidar com aqueles que apresentem alteração do estado mental, mas também para auxiliar na comunicação de más notícias, devido à sensibilidade que lhes é característica.

Paralelamente, durante as atividades do HD, é assegurada a administração de medicação que esteja prescrita nos horários das sessões. Assim a medicação encontra-se guardada em armário próprio fechado e é administrado nas horas definidas pelo médico.

Note-se que em diversas situações, o papel de terapeuta de referência foi desempenhado e permitiu o estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade com a pessoa cuidada e com a família, articulando com a assistente social ou com estruturas na comunidade para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação adequada. Aliás, no estágio final também foi fornecida informação acerca de estruturas na comunidade onde podem ser desenvolvidas atividades recreativas e de lazer, promovendo a interação social, a autonomia e a independência.

✓ **“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** (OE, 2018a, p. 21428)

Salienta-se que no início do estágio foram planejadas as seguintes intervenções, tendo por base as necessidades identificadas, as características do grupo integrado em HD e o programa de intervenção do HD e Reabilitação de Psiquiatria. Estas sessões tinham como fundamento auxiliar no alcance de melhorias na saúde mental, de acordo com as capacidades e objetivos de reabilitação. As sessões planejadas e efetuadas estão referidas no quadro seguinte.

Quadro 25 Planeamento das Atividades do Estágio Final

Data	Atividade
26/09/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Estilos de Vida Saudável” (Apêndice II)
2/10/2018	Treino de Competências sociais: Comunicação (Apêndice III)
3/10/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Adesão ao regime medicamentoso” (Apêndice IV)
9/10/2018	Sessão para Famílias “Dignidade – Experiências e Vivências dos Familiares” (Apêndice V)
16/10/2018	Sessão de relaxamento (Apêndice VI)
16/10/2018	Treino de Competências sociais: Comunicação – Avaliação
24/10/2018	Sessão de Educação para a Saúde “O Sono” (Apêndice VII)
31/10/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Estigma: Mudar Preconceitos” (Apêndice VIII)
14/11/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Doença Mental e Uso de Substâncias Psicoativas” (Apêndice IX)
27/11/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Stresse, Ansiedade e Pânico” (Apêndice X)
28/11/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Alterações de Memória e Estratégias Para treino de memória” (Apêndice XI)
29/11/2018	Sessão para Famílias “Comunicação com o Doente Mental” (Apêndice XII)
12/12/2018	Sessão de Educação para a Saúde “Depressão” (Apêndice XIII)
02/01/2019	Sessão de Educação para a Saúde “Poder das Emoções Positivas” (Apêndice XIV)
22/01/2019	Reunião para Famílias: “Estigma: Mudar (Pre)Conceitos” (Apêndice VIII)

De acordo com o descritivo desta competência:

“a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere” Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar “(OE, 2018a, p. 21430).

Desta forma o EEESMP recorre a diversos papéis, fornecendo orientações à pessoa cuidada para promover a saúde mental e prevenir a doença, fomentar a adesão ao tratamento, aumentar a literacia em saúde do próprio e da família, demonstrando sensibilidade e habilidade de comunicação. Foi através das intervenções psicoeducacionais que se pôde abordar uma diversidade de temas,

visando o desenvolvimento de insight e de respostas adaptativas adequadas, assim como mudanças positivas no seu estilo de vida.

A experiência de dinamizar atividades de grupo revelou-se muito importante, pois possibilitou a mobilização de técnicas psicoterapêuticas, constituindo estas sessões uma oportunidade de vivenciar as dificuldades inerentes ao trabalho com grupos.

Considera-se que este foi um grande desafio, dado que não existia experiência no trabalho com grupos e todas as dinâmicas careciam de alguma margem para o imprevisto no sentido de se aproveitar as experiências relatadas pelas pessoas incluídas no grupo, de modo a explicar algumas componentes do tema em questão. Assim, as sessões, apesar de planeadas e fundamentadas teoricamente, apresentaram uma componente sustentada na interação com os elementos do HD e entre os mesmos, servindo a mestrandia de moderadora, clarificando algumas questões que eram expressadas de forma mais emotiva, propondo a partilha e facilitando a coesão do grupo.

O processo de reabilitação será alcançado em função da pessoa e dos profissionais de saúde envolvidos na equipa para que seja possível a inserção familiar, social e profissional. O programa (Re)Construção visa por sua vez a reabilitação, em intervenção breve, de quem tenha vivenciado uma situação de stress. É baseado em muitas das sessões ocorridas no estágio, contudo, com a capacidade de se adaptar a vários períodos do ciclo de vida, num contexto específico e visando a melhoria e recuperação da saúde.

3.3. Competências de Mestre em Enfermagem

De acordo com o Ministério da Educação (2016) publicado em Diário da República, 1.ª série, N.º 176 de 13 de setembro, o grau de mestre é conferido a quem demonstre:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p. 3174).

Graças a uma revisão sistemática da literatura, foram aprofundadas capacidades de investigação. A mesma recorreu a bases de dados e seguiu o procedimento de realização das revisões sistemáticas da literatura PRISMA, por forma a garantir o rigor da sua concretização.

Esta revisão sistemática da literatura foi elaborada não só para sustentar o projeto de intervenção, como também para que houvesse uma divulgação da mesma em formato de artigo. Assim, a 18 de dezembro de 2018 o artigo (Apêndice XV), após concordância com o enfermeiro orientador e o professor orientador, foi submetido na Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Anexo II), encontrando-se o mesmo em processo de revisão.

Os conhecimentos teóricos adquiridos durante a frequência do primeiro e segundo semestres foram mobilizados para a prática clínica. Todavia, houve uma necessidade constante de pesquisar em artigos, autores de referência na área da saúde mental e livros da área de especialidade no sentido de aprofundar conhecimentos, esclarecer dúvidas, planear as intervenções e realizar uma prática baseada na evidência.

Ao longo do estágio, o desenvolvimento de aprendizagens pessoais também foi efetuado através da frequência de congressos e formações, que possibilitaram adquirir e aprofundar conhecimentos. Assistiu-se ao IX Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Saúde Mental para Todos”, que decorreu nos dias 17, 18 e 19 de outubro de 2018 no Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. Neste congresso foi apresentado um Poster, tendo a mestranda como autora principal, intitulado “Aplicação da metodologia de estudo de caso no planeamento de cuidados de Enfermagem Especializados a um utente com Transtorno Obsessivo-Compulsivo” (Apêndice XVI). Foi feita submissão de um artigo, em apreciação, para publicação em E-BOOK da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Apêndice XVII)

No dia 7 de novembro de 2018 a mestranda esteve presente no Encontro de Saúde Mental em Silves – Construir Pontes, no Instituto Jean Piaget de Silves. Neste foi possível adquirir conhecimentos sobre a área da infância e da adolescência, sobre a forma como a saúde mental é aplicada em estabelecimentos prisionais e acerca dos comportamentos aditivos. Foi ainda possível tomar conhecimento sobre a associação de apoio à saúde mental do Algarve e o que é realizado nos fóruns socio ocupacionais do mesmo.

Foi frequentado o III Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros nos dias 5 e 6 de dezembro de 2018, no Teatro das Figuras em Faro. O tema deste congresso era a Urgência e Emergência e através do mesmo foi ressaltada a importância do EEESMP nos contextos de urgência devido às habilidades relacionais assim como para a comunicação de más notícias devido à sensibilidade própria dos mesmos.

Foi paralelamente preparado um artigo, resultante do período teórico do Mestrado, no qual a mestranda é coautora, subordinado ao tema “Processo de Envelhecimento: Intervenção da Enfermagem de Saúde Mental na Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado”, que foi submetido para a Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental a 23 de dezembro de 2018, estando em apreciação pela mesma revista (Apêndice XVIII).

Neste caminho de aprendizagem e crescimento profissional, o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e de mestre, proporcionaram um estágio repleto de experiências. através da melhoria de habilidades comunicacionais, de intervenções baseadas na evidência científica, do aumento do pensamento crítico e reflexivo, da compreensão acerca da relação terapêutica, e do desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas foi possível alcançar as competências pretendidas.

Por outro lado, a consciência da inclusão do indivíduo no seu processo de reabilitação, abrangendo a família e mediante uma relação terapêutica que permita a concretização de intervenções terapêuticas baseadas no conhecimento recente, foram a base deste estágio.

Aliás, embora abordadas de forma distinta, as competências estão relacionadas entre si, criando o desenvolvimento da resiliência, crescimento pessoal e profissional perante circunstâncias de stress e ansiedade associadas ao estágio, sempre com a perspectiva de melhoria dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Para concluir, ressalva-se que a elaboração deste relatório ter possibilitado a demonstração de todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio final, nomeadamente a forma como as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre foram adquiridas.

Com efeito, a reflexão sobre as competências acima descritas foi um momento de aprendizagem e de autoavaliação, onde foi possível concretizar uma síntese das semanas que decorreram no HD e Reabilitação de Psiquiatria, de todas as atividades desenvolvidas e o modo como estas foram fundamentadas e experienciadas.

Salienta-se igualmente que para uma prestação de cuidados de qualidade, torna-se fulcral o autoconhecimento e a capacidade reflexiva associados aos diversos papéis, tanto de conselheiro, como de professor, líder ou pessoa de recurso que o mesmo pode desempenhar, baseados na teórica Peplau. Esta consciencialização associada à importância da satisfação das necessidades individuais, com vista à autorrealização, são pilares basilares do *saber*, *saber-ser* e *saber-fazer*.

Por outro lado, foram aprofundados conhecimentos acerca das situações de desastre, tendo-se verificado que estas originam uma série de problemas na saúde mental das pessoas, por serem imprevisíveis e maioritariamente incontroláveis. Os desastres podem ter origem natural ou humana, e a maneira como cada um reage às consequências do mesmo depende do significado que lhe é atribuído. As perturbações mentais podem aumentar após a vivência de um desastre pelo que um acompanhamento precoce, adequado e oportuno pode originar benefícios.

Paralelamente, foi exposto que o EEESMP é um profissional que detém competências para intervir na promoção da saúde mental, prevenção da doença e nos processos de reabilitação, devendo atuar em todos os contextos.

Aliás, atualmente o conhecimento científico é bastante importante, pelo que todas as intervenções devem ter por base fundamentação teórica e, a realização de um artigo, baseado numa revisão sistemática da literatura revelou-se imprescindível à conceção do programa de intervenção. A execução deste artigo permitiu não só criar habilidades na capacidade de investigação, mas também sustentar a prática sustentada na evidência.

Neste sentido, o programa (Re)Construção, foi organizado com base na metodologia de projeto, tendo sido concretizado o diagnóstico de situação, a definição de objetivos e o planeamento das intervenções para a sua concretização. Assim, através do diagnóstico ansiedade, pretende-se prestar cuidados em regime de internamento parcial, assente no papel do HD e Reabilitação de Psiquiatria.

Foi ainda possível o aprofundamento de um tema de grande interesse, e sobre o qual existe pouca evidência, pelo que todo o percurso de elaboração do programa foi desafiante e gratificante, e apesar de haver alguns obstáculos pela pouca literatura encontrada acerca da intervenção do EEESMP à pessoa em situação de stresse após um desastre, as arduidades foram ultrapassadas.

Todavia, a aplicação do programa apenas será exequível quando ocorrer uma situação de desastre, e embora se tenha praticado uma análise às suas forças e fraquezas, as maiores dificuldades surgirão durante a sua execução. Por conseguinte, considera-se pertinente que o programa seja aplicado tal como delineado na sua primeira vez, para que se possam verificar as suas potencialidades e aspetos a melhorar, podendo haver uma reformulação do mesmo para situações ulteriores.

Ressalva-se que em termos pessoais, m termos pessoais, os proveitos na prestação de cuidados à pessoa incluída em HD e reabilitação proporcionou um crescimento peculiar, principalmente através das sessões de grupo e com as famílias. Foi pertinente sair da zona de conforto e olhar para o outro de forma mais diferenciada, valorizando as suas necessidades e utilizando as suas capacidades para o seu próprio processo de reabilitação.

Logo, todo o percurso iniciado com este mestrado, em 2017, foi repleto de esforço, dedicação, desafios e mudanças. A principal modificação prende-se com um aumento da sensibilidade para com a pessoa com doença mental, através de um acréscimo de disponibilidade para escutar e nutrir uma relação, verificando as suas capacidades e envolvendo-a, de forma ativa, no seu plano de cuidados.

Finalmente, a prestação de cuidados de enfermagem deve ter por pedra angular a qualidade, pelo que todas as intervenções pretenderam originar benefício para a pessoa. Em suma, considera-se que os objetivos propostos para a realização deste documento, assim com as metas do estágio final foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde (2017). *Plano Local de Saúde- Barlavento-Algarve 2017-2020*. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS_2017_2020.pdf
- Aiena, B.; Buchanan, E.; Smith, V. & Schulenberg, S. (2016). Meaning, Resilience, and Traumatic Stress After the Deepwater Horizon Oil Spill: A Study of Mississippi Coastal Residents Seeking Mental Health Services. *Journal Of Clinical Psychology*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305662508_Meaning_and_Posttraumatic_Growth_Among_Survivors_of_the_September_2013_Colorado_Floods_The_2013_Colorado_Floods
- Almeida, A.; Nascimento, E.; Rodrigues, E. & Schweitzer, G. (2014). Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(5):708-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0708.pdf>
- Almeida, V.; Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: Análise Fundamentada em Barnum. *Revista da Escola Enfermagem USP de São Paulo*, 39 (2), 201. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre: Artmed editora. (Tradução: Maria Ims Corria Nascimento, Paulo Henrique Machado, Regma Machado Garcez, Régis Pizzato e Sandra Maria Mallmann da Rosa)
- Assembleia da República (2006). *Lei de Bases da Proteção Civil*, Lei nº 27/2006, publicada em Diário da República, n.º 126/2006, Série I de 3 de julho. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/537862/details/maximized>
- Astill, S. & Miller, E. (2018). The trauma of the cyclone has changed us forever: Self-reliance, vulnerability and resilience among older Australians in cyclone prone areas. *Ageing and Society*. 38(2), 403-429. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/trauma-of-the-cyclone-has-changed-us-forever-selfreliance-vulnerability-and-resilience-among-older-australians-in-cycloneprone-areas/CD8E3D3C38F930815C54B2EF5B9E9D2A>
- Autoridade Nacional da Proteção Civil (2017). *Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil* (Componentes Públicas). Disponível em: http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Beja, M.; Portugal, A.; Câmara, J.; Berenguer, C.; Rebolo, A.; Crawford, C. & Gonçalves, D. (2018). Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção Psicológica na Catástrofe. *Psychologia*. 61(1), 125-142. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/43574/1/Primeiros%20Socorros%20Psicologicos.pdf>
- Benfield, A. (2018). *Análise de Clima e Catástrofe, Relatório Anual 2017*. Disponível em: <http://www.aon.com/portugal/attachments/relatorio-anual-2017-analise-de-clima-e-catastrofes.pdf>
- Bhattarai, M.; Maneewat, K. & Sae-Sai, K. (2018). Psychosocial factors affecting resilience in Nepalese individuals with earthquake related spinal cord injury: a cross-sectional study. *BioMed Central Psychiatry*. 18:60.

- Briscoe, J. & Priebe, S. (2007). Day Hospital Care. *Psychiatry*. Disponível em: <http://webspace.qmul.ac.uk/spriebe/publications/pub%20by%20year/2007/2007%20-%20Day%20Hospital%20Care%20-%20MPPSY146%20-%20321-324%20.pdf>
- Caçote, C. & Faria, L. (2016). Vulnerabilidade ao Stresse e Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais. *Psique*. Vol XII. P. 49-61. Disponível em: <http://journals.ual.pt/psique/wp-content/uploads/2016/06/Vol-XII-Vulnerabilidade-ao-stress-e-qualidade-de-vida-nos-cuidadores-formais.pdf>
- Carvalho, M. & Matos, M. (2016). Intervenções Psicossociais em Crise, Emergência e Catástrofe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 12(2). P 116-125. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v12n2/v12n2a08.pdf>
- Comissão Setorial para a Educação e Formação (2015). *Análise SWOT do Ensino Superior Português: oportunidades, desafios e estratégias de qualidade*. Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/2164/1/AF%20-%20Analise%20SWOT.pdf>
- Coutinho, L. (2010). *Banco de Dados Geográfico de Desastres Naturais: Projecto Conceitual, Inventariação e Proposta para Difusão dos Dados*. Dissertação de Mestrado em Gestão do Território, área de especialização em Detecção Remota e Sistemas de Informações Geográficas. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4240/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>
- Credidio, G. (2016). *Publicidade e design: panorama nacional e como extrair maior valor das ideias criativas*. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Piramide-de-Maslow-hierarquia-no-atendimento-das-necessidades-humanas-Fonte_fig1_309351301
- Cruz Vermelha Portuguesa- Delegação de Vila Nova de Gaia (2016). *Primeiros Socorros Psicológicos*. Disponível em: https://www.ces.uc.pt/centrodetrauma/documentos/4_PRIMEIROS_SOCORROS_PSICOLOGICOS.pdf
- Diário da República (2018). *Despacho n.º 7059/2018*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115762747>
- Dias, D.; Carvalho, C. & Araújo, C. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 16(1), 127-138. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n1/a13v16n1.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Como Lidar com Desastres Naturais*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/como-lidar-com-um-desastre-natural.aspx>
- Donker, T., Comijs, H., Cuijpers, P., Terluin, B., Nolen, W., Zitman, F., & Penninx, B. (2010). *The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders*. *Psychiatry Research*, 176, 45-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20071036>
- Ferreira, A.; Demutti, C. & Gimenez, P. (2010). *A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho*. XIII Seminário de Administração. Disponível em: <https://www.etica.eco.br/sites/textos/teoria-de-maslow.pdf>
- Fialho, M. (2014). Contextos Históricos e Concepções Teóricas da Crise e Urgência em Saúde Mental In Zeferino, M.; Rodrigues, J. & Assis, J. (2014). *Crise e Urgência em Saúde Mental: Módulo 2 Fundamentos da Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental*. Florianópolis.

- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2018). *Despacho nº 7059/2018*, Publicado em Diário da República 2.ª série, N.º 142, de 25 de julho. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115762747/details/maximized?serie=II&parte=filter=31&dreId=115762731>
- Galvão, T. & Pereira, M. (2014). Revisões Sistemáticas da Literatura: Passos para a sua Elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, 23(1):183-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf>
- Garrido, C. (2010). *O Risco de Ocorrência de Catástrofes Naturais em Portugal*. Universidade Lusíada de Lisboa. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/lee/article/view/878>
- Gomes, F. (2006). Catástrofes em Portugal: A Análise do Psiquiatra. In Sales, L. (2007). *Psiquiatria de Catástrofe*. Coimbra: Almedina
- Gonçalves, C. (2012). Desastres Naturais. Algumas considerações: Vulnerabilidade, Risco e Resiliência. *Territorium*. 19, p. 5-14. Disponível em: [http://www.academia.edu/2321500/Desastres Naturais . Algumas Considera%C3%A7%C3%B5es Vulnerabilidade Risco e Resili%C3%Aancia](http://www.academia.edu/2321500/Desastres_Naturais_.Algunas_Considera%C3%A7%C3%B5es_Vulnerabilidade_Risco_e_Resili%C3%Aancia)
- Hipólito, J.; Nunes, O.; Brites, R.; Laneiro, T.; Correia, A. & Anunciação, C. (2017). A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista PSICOLOGIA*. Vol. 31 (2), p. 313-319. Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3338/1/PTSD%20em%20Portugal.pdf>
- Hu, P.; Han, L.; Hou, F.; Xu, X.; Sharma, M. & Zhao, Y. (2016). Dietary attitudes and behaviours of women in China after the 2008 Wenchuan earthquake in three seismically different zones. *Asia Pac J Clin Nutr* 2016;25(4):849-857, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27702728>
- Ikizer, G; Karanci, A. & Doğulu, C. (2016). Exploring Factors Associated with Psychological Resilience Among Earthquake Survivors from Turkey. *JOURNAL OF LOSS AND TRAUMA*. VOL. 21, NO. 5, 384–398. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283848375_Exploring_Factors_Associated_With_Psychological_Resilience_Among_Earthquake_Survivors_From_Turkey
- International-Agency Standing Committee (2008). *Orientações do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência - Guia para utilizar no terreno*. Disponível em: https://www.ces.uc.pt/centrodetrauma/documentos/Guia%20IASC_PT.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&contexto=bd&selTab=tab2
- Ismail, N.; Suwannapong, N.; Howteerakul, N.; Tipayamongkholgul, M. & Apinuntavech, S. (2016). *Assessing disaster preparedness and mental health of community members in Aceh, Indonesia: a community-based, descriptive household survey of a national program*. James Cook University. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311587490_Assessing_disaster_preparedness_and_mental_health_of_community_members_in_Aceh_Indonesia_A_community-based_descriptive_household_survey_of_a_national_program
- Jordão, B. & Gomes, G. (2018). *Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau em Enfermagem: Uma Revisão de Literatura*. Disponível em: <https://even3.blob.core.windows.net/anais/85681.pdf>

- Mackinnon, R.; Michels, R. & Buckley, P. (2018). *A Entrevista Psiquiátrica na Prática clínica*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Marshall, M. (2005). *How effective are different types of day care services for people with several mental disorders?*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/74672/E87317.pdf
- Mateus, M. (2011). Metodologia de Trabalho de Projecto: Nova Relação entre os Saberes Escolares e os Saberes Sociais. *EDUSER: Revista de Educação*. Vol 3(2). Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/32-1-106-1-10-20161208.pdf>
- Matsuoka, L. & Silva, J. (2013). Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow: Conjecturas na Sociedade Contemporânea. *Colloquium Humanarum*. Vol. 10, n. especial, p. 633-639 Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Humanarum/Psicologia/Os%20eventos%20e%20a%20Hierarquia%20das%20Necessidades%20Humanas%20de%20Maslow%20conjecturas%20na%20sociedade%20contempor%C3%A2nea.pdf>
- Mendes, J. & Araújo, P. (2016). Risco, Catástrofes e a Questão das Vítimas. *E-Cadernos Vítimas, Estado e Processos Institucionais: Uma Visão Multidisciplinar*. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36644/1/Risco%2C%20cat%C3%A1strofes%20e%20a%20quest%C3%A3o%20das%20v%C3%ADtimas.pdf>
- Ministério da Administração Interna (2017). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Disponível em: http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf
- Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto de Lei 115/2013 publicado em Diário da República 1ª série, nº 151 de 7 de agosto. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>
- Ministério da Saúde (2019). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve- SNS*. Disponível em: <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>
- NANDA International (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017*. (10ª Edição). Artmed.
- Neves, A. (2015). *II Encontro de Boas Práticas de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários – Identidade, Formação e Exercício Profissional*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEEC_IIIEncontroBoasPraticas/AnaPaulaNeves_EstudantesEnfermagemContextoCuidadosDomiciliarios.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- CIPE 2015*. Lisboa: Lusodidata.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, Publicado em Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-

- 08-07. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Ordem dos Enfermeiros (2018b). *Parecer nº 02/2018 – Exercício das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto de Crise*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8054/parecer-n%C2%BA-02-2018_15012018_mceEEESMP_exerc%C3%ADcio-das-compet%C3%Aancias-do-eEEESMP-em-contexto-de-crise.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018c). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Versão em Discussão
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 26 de 6 de fevereiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Disasters and mental health*. Disponível em: <http://www.searo.who.int/bangladesh/disastersandmentalhealth/en/>
- Organização Mundial da Saúde (2017). *Mental Health in Emergencies*. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Pinto, J. & Ramos, S. (2013). Stresse e Emergência Médica: Níveis e Fatores de Stresse em Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar. *Psicologia*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0659.pdf>
- Pio Abreu (2007). Intervenção Após a Crise: A Análise do Psiquiatra. In Sales, L. (2007). *Psiquiatria de Catástrofe*. Coimbra: Almedina.
- Pio Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (5ªed.). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Plano de Catástrofe Externa Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos Centro Hospitalar do Algarve, EPE (2015). Norma Hospitalar. Não Editado.
- Plataforma Nacional Para a Redução do Risco de Catástrofes (2018). *Estratégia Internacional para a Redução do Risco de Catástrofe*. Disponível em: <http://www.pnrrc.pt/index.php/campanha-cidades-resilientes/>
- Programa de Intervenção Terapêutica em Hospital de Dia de Psiquiatria e Reabilitação*, (2016). Não Editado.
- Rodrigues, T. (2010). A estratégia internacional de redução de desastres. *Revista da Associação Portuguesa de Riscos, Prevenção e Segurança*. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36112/1/A%20estrategia%20internacional%20de%20reducao%20de%20desastres.pdf?ln=pt-pt>
- Ruivo, M; Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio, F.; Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental: Conceitos e Desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Especial 1, p- 103-108. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a17.pdf>
- Sampaio, F.; Sequeira & Lluch-Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista*

- Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Nº 19. P. 77-89. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a10.pdf>
- Sequeira, C. (2015). *Intervenção em Crise para Profissionais de Saúde*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284375625_Intervencao_em_Crise_para_profissionais_de_saude
- Shooshtari, S.; Abedi, M.; Bahrami, M. & Samouei, R. (2018). The mental health needs of women in natural disasters: A qualitative study with preventive approach. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131994/>
- Silva, V.; Rezende, A. & Uller, C. (2015). *Teorias de Motivação: Uma Abordagem à hierarquia de Necessidades de Maslow*. Disponível em: http://www.fecilcam.br/anais/ix_eepa/data/uploads/6-engenharia-organizacional/6-01.pdf
- Sousa, M. (2012). Regiões de Maior Risco Sísmico em Portugal Continental – Perigosidade, vulnerabilidade e análise de risco. *P&C*. (53). P. 24-26. Disponível em: http://www.gecorpa.pt/Upload/Revistas/Rev53_Artigo%2007.pdf
- Thompson, D.; Weissbecker, I.; Cash, E; Simpson, D.; Daup, M. & Sephton, S. (2015). Stress and Cortisol in Disaster Evacuees: An Exploratory Study on Associations with Social Protective Factors. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 40:33–44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273783170_Stress_and_Cortisol_in_Disaster_Evacuees_An_Exploratory_Study_on_Associations_with_Social_Protective_Factors
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ªed.). Loures: Lusociência.
- Vaz-Serra, A. (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 21 (4). P.261-278. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/192/1/A%20vulnerabilidade%20ao%20stress.pdf>
- Vaz-Serra, A. (2007). Catástrofes e as suas repercussões no ser humano. In Sales, L. (2007). *Psiquiatria de Catástrofe*. Coimbra: Almedina
- Vieira, L. (2017). *A Emergência das Catástrofes Ambientais e os Direitos Humanos*. Tese de Doutoramento. Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186130/PDPC1355-T.pdf?sequence=-1>
- World Health Organization (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
- World Health Organization (2013). *Building Back Better Sustainable Mental Health Care after Emergencies*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96378/WHO_MSD_MER_13.1_eng.pdf;jsessionid=D33E8C0C340A83EFD7AF9725DDA4FB?sequence=8

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Assunto Projeto de Investigação- " (RE) Construir - Conceção de um programa de Intervenção de Enfermagem na Saúde Mental e Psiquiatria em Situação de Stress após Catástrofe no Barlavento Algarvio"

Exma. Sra. Enfª Ângela Elias,

Relativamente ao estudo supra mencionado, cumpre-me informar que o mesmo teve o parecer favorável da n/Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido aprovado posteriormente pelo n/ C.A. em 15/11/2018, nos termos propostos obrigatoriamente pela Exma. Vogal Executiva, a salvaguardar pelo CFIC:

1 – O CFIC deverá informar os proponentes que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve deve ser referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, decorrentes do estudo;

2 – Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC (Centro de Formação, Investigação e Conhecimento) todos os trabalhos, comunicações, posters, apresentações, decorrentes do estudo.

APÊNDICES

APÊNDICE I – REFLEXÃO E AUTOAVALIAÇÃO DAS SESSÕES REALIZADAS

No dia 26 de setembro realizei a primeira sessão de educação para a saúde, subordinada ao tema **Estilos de Vida Saudável** no contexto do estágio. A sessão decorreu de uma forma positiva, em que o grupo do HD teve uma participação ativa, não só no brainstorming que foi efetuado no quadro, como também ao nível dos comentários que realizaram.

Em relação à minha prestação considero que tentei transmitir a informação usando uma linguagem clara e acessível, adequada aos presentes. No início senti alguma dificuldade em cativar as pessoas, tendo tido receio que as mesmas não participassem no que era solicitado e tivesse que improvisar algo.

A sessão prolongou-se mais do que aquilo que tinha planeado, no entanto o motivo desse prolongamento deveu-se ao facto de haver uma participação ativa com comentários adequados e, por isso, ser necessário escutá-los e sintetizar a informação dita para que as outras pessoas do grupo apreendessem a mensagem. Devido à demora da sessão, houve necessidade de fazer um intervalo antes de realizar o exercício de avaliação, para houvesse possibilidade de tomar o lanche da manhã e por forma a não ficar muito tempo na sala, fazendo com que se perdesse a capacidade de atenção e surgisse desinteresse. Assim, depois do intervalo, regressou-se à sala e foi efetuada uma síntese escrita, por cada um, com o que tinha sido apreendido acerca dos estilos de vida saudável.

Sinto que usando esta estratégia do brainstorming consigo captar melhor a atenção das pessoas e ter noção dos seus conhecimentos acerca do tema, no entanto tenho que estar mais atenta para direcionar para o tema em questão e melhor preparada para desenvolver o que eles mencionam no sentido de passar a mensagem e atingir os objetivos delineados.

No dia 2 de outubro realizei uma sessão de treino de competências sociais acerca do tema **comunicação**. Esta sessão foi dividida em 2 partes, a primeira era constituída por uma breve apresentação em power point acerca da comunicação e a segunda por um role play em que uma pessoa do grupo tinha que interagir com os outros, em situações simuladas.

Na primeira parte da sessão incentivei os presentes a expressarem as suas dificuldades em relação à comunicação e interação social, especialmente em contextos diferentes do hospitalar. Enquanto algumas reconheceram as suas dificuldades, outros referiram não encontrarem obstáculos na interação social. Tentei dar ênfase à comunicação não-verbal, que é aquela que usamos de forma inconsciente e sobre a qual é difícil termos sempre a noção de controlo.

Durante a sessão fui tomando consciência de que eu própria estava a usar a comunicação não-verbal de forma incorreta, pois cruzo frequentemente os braços ou coloco-os para trás das costas. Este comportamento pode ser interpretado como não querer comunicar, por ter uma postura mais fechada, no entanto eu interpreto isso como um comportamento de defesa, por querer proteger-me de uma situação que me coloca mais exposta

e vulnerável. Ao tomar consciência desta situação, tentei controlar esse comportamento, no entanto isso fazia com que me desviasse um pouco da situação, e isso não pode acontecer, porque tenho que estar focada e centrada no desenrolar da sessão. Sinto que quando tomava consciência dos meus movimentos parecia que não sabia onde colocar as mãos, de forma a transmitir que me mantinha disponível e receptiva para escutar e intervir.

Achei curioso o facto de uma pessoa ter dito, na primeira parte, que não tinha qualquer problema de interação social e depois ter tido dificuldade em interagir numa situação simulada. Penso que isto comprova a necessidade de colocar em prática aquilo que se refere teoricamente. Se só estivesse a falar, aceitaria que estava sem este problema, no entanto com a simulação verifiquei as reais dificuldades apresentadas pelos utentes o que será tido em conta noutras ocasiões de treino de competências sociais para que haja uma evolução na interação com os outros.

A maioria dos utentes centraram-se apenas na comunicação verbal, não referindo aspetos da comunicação não verbal. Penso que este aspeto demonstra que muitas vezes não prestamos atenção àquilo que a pessoa transmite sem ser por palavras e que pode dizer mais do que aquilo que nós dizemos. Embora não tenhamos, muitas vezes, consciência daquilo que transmitimos sem ser por palavras isso reflete-se na resposta do outro e pode constituir uma barreira à comunicação, pelo que foi feito esse alerta aos utentes que depois acabaram por referir alguns aspetos da postura do outro, mas apenas porque foram incentivados a isso. Penso que na próxima sessão acerca do tema, será importante focar mais este aspeto, no sentido de consciencializar da sua utilização.

Tenho noção que tive que moderar as palavras a usar, após a simulação e avaliação da mesma, para que não fosse mal interpretada, para que a pessoa percebesse que estava a referir aspetos a melhorar e não a “apontar defeitos”. Tive necessidade de explicar isso aos utentes para que se estabelecesse confiança e não tivessem a sensação que os estava a criticar negativamente. Esclareci também a necessidade de manterem respeito pelos outros utentes no sentido de não comentarem a situação fora do contexto da sessão, o que poderia ser interpretado como correções e originar mal entendidos.

Esta sessão foi filmada, no sentido de se assistir à mesma, noutra data, e se faça uma avaliação da mesma, após visualização das imagens, para que se reforce os aspetos acerca da comunicação e se treine esta competência social.

No dia 3 de outubro realizei uma sessão de educação para a saúde sobre a **adesão ao regime medicamentoso**. Mais uma vez houve uma componente teórica e uma componente prática. Quando iniciei a sessão, abordando os tipos de medicamentos e as razões que levam à não adesão à medicação, o grupo de utentes presente esteve participativo. No entanto houve um utente que estava mais inquieto e realizou comentários que em nada estavam relacionados com a temática que estava a ser abordada. Nesta situação tive que me adaptar e fazer um esforço para conseguir gerir o grupo de forma assertiva. Escutei os comentários que esse utente fazia e tentava articular com o tema, no entanto não foi fácil, pois havia comentários que não se adequavam de todo.

Isto fez com que outro elemento do grupo começasse a emitir sorrisos e um tom mais depreciativo em relação ao que o outro dizia, pelo que houve necessidade de alertá-lo que essa atitude não era a mais correta e que deveria ter um comportamento mais assertivo.

Sinto que as sessões em grupo são repletas de desafios pois, se por um lado eu deva funcionar como guia e moderadora da sessão, por outro tenho que estar atenta aos comportamentos menos adequados que possam surgir por forma a não nos descentrarmos do tema em questão. Ainda não me sinto confiante em relação ao facto de ter que ser mais incisiva e chamar a atenção dos utentes por forma a não destabilizarem o grupo, pois tenho receio de não ser assertiva, criar uma situação contrária ou até algum conflito. Penso que consegui controlar o grupo nesse aspeto, mas que é uma questão que faz parte do trabalho com grupos, e com a experiência deste tipo de atividades é que vou conseguir ficar mais confiante acerca das minhas atitudes.

Na parte prática da sessão, realizou-se um role-play em que o enfermeiro orientador fazia de utente e os utentes faziam de enfermeiros. Foram criadas três situações em que numa os utentes se deparavam com uma situação de recusa de medicação, noutra a pessoa queria mais medicação, e na última foi apresentado um caso de alterações de memória que levavam ao não cumprimento do esquema corretamente. Neste sentido o meu papel foi de moderadora das simulações, em que no final verificava se a tinham conseguido ter argumentos suficientes para que o utente aderisse à medicação. A questão da adesão ao regime medicamentoso é muito complexa e as simulações que realizamos comprovaram esse aspeto. Devido à multiplicidade de fatores que levam ao abandono de medicação, considero que as simulações se centraram em questões de ausência de insight, efeitos secundários da medicação, e alternativas não farmacológicas ou indicações de quem faz experiências de outros medicamentos de ervanárias ou chás e queriam fazer o mesmo.

Hoje em dia existe uma grande oferta de “alternativas” ao tratamento e os utentes têm facilmente acesso e procuram o que acham melhor para eles. No entanto corre-se o risco de as pessoas experimentarem demasiados produtos não farmacológicos e a situação piorar. Existe aquela situação na sociedade de procurar sempre o que fez bem ao outro de forma a conseguir ter sucesso no tratamento, mas infelizmente nem sempre há a noção de que os organismos são diferentes, muitas vezes nem sabem a indicação clínica dos medicamentos e experimentam só porque foi benéfico para alguém conhecido. Às vezes é uma questão cultural.

Achei interessantes as estratégias que os utentes referiram para a questão do esquecimento da medicação.

A literacia em saúde mental é deveras importante. A informação e formação das pessoas é o que pode capacitá-las a adquirir conhecimentos necessários para compreender a necessidade da toma da medicação. Tenho consciência que não é um trabalho que se faça de forma isolada, e que necessita de reforço constante, sendo a questão da ausência de insight, talvez, a maior barreira. Neste sentido, considero que a sessão correu bem, e no final colocou-se no quadro a síntese da sessão com as questões que originam a não adesão ao regime medicamentoso, mencionadas pelos utentes presentes.

No dia 9 de outubro realizei uma sessão dirigida aos utentes e famílias com o tema **Dignidade – Experiências e Vivências dos Familiares**. Até agora foi a sessão para a qual me senti mais ansiosa. Quando planeio uma sessão para o grupo de utentes, tenho conhecimento das pessoas que vão estar presentes, e consigo ter uma maior

noção de controlo. Contrariamente eu não sabia qual o número nem quem eram os que vinham á sessão, e não tinha assistido a nenhuma reunião de famílias pelo que não sabia a forma como é usual decorrer. Claro que me foram dadas algumas informações acerca das reuniões que são habitualmente feitas para as famílias, mas eu ainda não tinha presenciado nenhuma.

O facto de estar presente a diretora do serviço, pois esta intervenção estava integrada nas comemorações da semana da saúde mental, contribuiu para que eu ficasse ainda mais nervosa e sentisse o “peso” da responsabilidade para que a sessão decorresse de forma positiva.

Em casa tinha idealizado o discurso que iria fazer no início, por forma a introduzir o tema, no entanto estava tão ansiosa que me esqueci de referir muita da informação que tinha planeado usar como introdução à sessão. Acabei por optar por me centrar no papel de parede, que era o recurso central da sessão e onde estava escrita a palavra “dignidade”, para conseguir quebrar o gelo que eu própria sentia. Tive receio que as pessoas não interagissem e que se inibissem de participar, sendo o compasso de espera entre o que eu tinha terminado de dizer e o início da dinâmica um pouco angustiante. Houve um momento inicial em que pensei que iria perder o controlo da sessão e assim não iria conseguir cumprir a minha função. Bem sei que não estava sozinha e, se fosse necessário, a equipa iria intervir para me auxiliar e fazer com que a sessão funcionasse, mas eu não queria falhar e tentei acalmar-me.

Depois da primeira participação, comecei a acalmar-me a conseguir ter maior autocontrolo e senti que a tensão que tinha presente em mim começou a desvanecer e a sessão desenrolou-se de forma positiva. O que me deixa contente, no meio do meio “bloqueio” inicial, é que após ter referido o que tinha sentido à equipa, me transmitiram que eu não tinha refletido isso e que não se tinham apercebido do meu embaraço inicial.

Outro aspeto que considero importante e que constituiu um desafio para mim foi a parte do improviso, isto é, apesar de eu ter em mente os temas que queria abordar como o estigma, a importância do papel da família, a dignidade a que todo o ser humano tem direito, eu não sabia o que é que os utentes e a família iam escrever, a interpretação que iriam dar ao que escreveram e o significado que eu própria atribuiria para explicar e manter uma comunicação verbal fluente e assertiva sem fugir ao tema central. Embora tenha havido alguns comentários que foram mais no sentido da promoção da saúde mental, que também se pode relacionar com a dignidade, consegui abordar as questões do respeito, do estigma social, da necessidade de aceitação, do sofrimento e da necessidade de manter uma atividade de bem-estar como fator importante da promoção da saúde mental.

Fiquei surpreendida por ter surgido a palavra orgulho, pois esta palavra reflete que há familiares que aceitaram a doença mental e isso é menos uma barreira para a relação entre eles, sendo facilitadora da integração social.

Houve familiares que se emocionaram com a partilha da sua experiência, e eu própria fiquei um pouco sem saber como reagir, tendo-me limitado a escutar e depois agradeci o facto de terem abordado o tema do sofrimento. Mencionei e transmiti que a equipa tem noção das dificuldades por que os utentes e famílias passam no sentido de não se sentirem sozinhos, e poderem recorrer ao serviço como um apoio nesse sentido.

No desenrolar da sessão as pessoas foram ficando mais participativas, possivelmente por ter passado o período inicial do medo do desconhecido e por verificarem que os outros familiares não tinham receio de

expressar os seus sentimentos e emoções. Claro que houve aqueles que se limitaram a ouvir e seguir o que se passava com uma atitude mais passiva, mas o facto de estarem presentes já é bastante bom e demonstra preocupação e o acompanhamento que fazem ao familiar..

Fui dando reforço positivo tanto às famílias como aos utentes, no sentido de aumentar a sua confiança e demonstrar que são importantes e fazem parte do processo de recuperação devendo, também, haver um trabalho de equipa entre utente-familiar.

Mais uma vez houve alturas em que me apercebi que a minha postura corporal estava mais fechada, cruzando os braços ou colocando-os atrás das costas, no sentido de me proteger do medo do desconhecido que eu própria sentia. À medida que me fui apercebendo tentei mudar a postura de forma a transmitir, de forma não-verbal, a minha disponibilidade não só para escutar como para desenvolver as palavras presentes no anagrama.

No final da sessão tive a sensação de dever cumprido, pois consegui gerir a sessão de forma autónoma e abordar os temas que eram pretendidos. Também senti reciprocidade dos familiares presentes, à minha intervenção, e o clima que se gerou na mesma foi de partilha. Uma partilha que enriquece quem a transmite e quem a ouve, e que me permite crescer no mais diversos níveis.

No dia 10 de outubro participei numa sessão sobre **emoções** a crianças do pré-escolar de 4/5 anos, inserida nas comemorações do dia mundial da saúde mental. Apesar de não ter sido eu a planear a sessão, participei no desenrolar da mesma e isso fez-me refletir sobre vários aspetos.

Nunca tinha assistido nem participado numa sessão a crianças, até porque o serviço onde trabalho apenas presta cuidados a adultos, pelo que a minha ligação a esta faixa etária é diferente. Claro que numa situação de prestação de cuidados no serviço, a criança estaria com alteração de saúde, o que não se verificava no cenário da sessão.

A promoção da saúde mental deverá abranger todas as faixas etárias, sem descurar nenhuma, pois o facto de se permitir que as crianças falem de emoções como tristeza, alegria, medo ou raiva, faz com que elas identifiquem situações do dia-a-dia em que sentiram isso, mas sem saber como se chama. A personalidade de uma pessoa constrói-se desde a infância, pelo que é fundamental que percebam que as coisas às vezes não como eles pensam, e que algumas coisas tristes também fazem parte da vida.

Outro aspeto no qual refleti foi na necessidade de utilizar estratégias dinâmicas por forma a captar a atenção das crianças, usando linguagem e técnicas simples, adequadas à idade das mesmas, com uma duração limitada para evitar que elas se dispersem. Achei muito importante algumas crianças terem referido que tinham medo do fogo, pois a sua região passou recentemente por um incêndio, e eles compreendem que não é uma situação pela qual gostariam de voltar a passar. Fez-me pensar que às vezes evitamos falar das situações às crianças, no sentido de as protegermos, mas não quer dizer que elas não pensem nisso, e até poderá incomodá-las. A necessidade de estimular as crianças a partilhar as suas emoções é fundamental.

Não tenho ilusões que apenas uma sessão vá ter um impacto grande nas crianças, pois não conhecemos o seu ambiente familiar nem as atividades desenvolvidas na escola nesse sentido, mas é abordando os temas que as crianças os podem interiorizar.

Enquanto estava com as crianças, era um grupo de cerca de 20, havia umas que se distraíam e outras que queriam estar sempre a intervir. Houve uma multiplicidade de reações associadas à nossa presença, a educadora teria dito que iam lá umas pessoas falar com elas e fazer uns jogos, claro que elas compreenderam a parte dos jogos, que eram as dinâmicas, e estavam sempre a questionar quando passaríamos a essa fase. Por outro lado os conflitos próprios da idade, como o retirar o lápis ou a caneta de cor que o outro queria também foi visível, e houve necessidade de fazer essa gestão.

Foi uma experiência que me enriqueceu bastante e que, mais uma vez, comprova a necessidade de promoção da saúde mental, tendo a receptividade da escola e da educadora sido muito grande.

No dia 16 de outubro realizei uma sessão de **relaxamento**. Já tinha efetuado uma sessão de movimento, no entanto ainda só tinha assistido à sessão de relaxamento, sem ser eu a efetuá-la. Penso que de um modo geral correu de forma positiva, no entanto há aspetos que tenho que melhorar.

No início senti-me insegura, sem saber bem como me posicionar, como colocar a voz e como iriam reagir à minha intervenção. Considero que esta insegurança estava mais exacerbada pelo facto de ter presente um utente que estava mais inquieto, e que poderia desestabilizar todo o grupo. A sessão decorreu com utentes do hospital de dia e do internamento que reuniam condições para tal.

Quando iniciei a sessão, após ter explicado o que iria acontecer, comecei a deambular pela sala, no entanto apercebi-me que estava a causar ruído, por isso optei por ficar no meio da mesma, rodando apenas de um lado para o outro para evitar interferir. O facto de eu andar pela sala penso que era para aliviar a própria tensão que eu sentia, e para ter a noção de que conseguia controlar melhor o grupo. O meu pensar era conseguir visualizar todos os presentes e conseguir aperceber-me caso alguma, por algum motivo, não estivesse bem.

Durante a sessão consegui controlar um pouco os meus movimentos e a colocação da voz. No entanto, não me apercebi que estava a falar um pouco mais depressa do que o desejado, não dando tanto tempo para a cada um realizar o que era pedido. Só me apercebi disso, depois da sessão, pois foi alertada pelo enfermeiro orientador. Penso que isso ocorreu devido a dois fatores: por um lado eu não tinha comigo um relógio, nem como controlar o tempo que estava a decorrer não tendo a noção de quanto tempo tinha passado; por outro eu fazia o exercício de inspiração, mas como tinha que interromper para falar, não me apercebia que não dava tempo suficiente para ser uma inspiração profunda e só depois a expiração.

Sei que são questões que vou conseguir melhorar com a continuidade de realização destas sessões e, como às terças-feiras está planeado a execução de sessões de movimento e relaxamento, terei mais oportunidades de colocar esta sessão em prática e adquirir maior destreza. Tenho noção que se levar um relógio conseguirei controlar o tempo e é isso que farei numa próxima sessão.

Ainda neste dia foi efetuada a segunda sessão acerca do treino de competências sociais **“Comunicação”**. Como era uma sessão que já tinha sido realizada e que consistia em relembrar conceitos e estratégias de comunicação, senti-me mais à vontade e com mais segurança. Considero que esta sessão correu bem.

Optei por colocar no quadro branco as palavras comunicação verbal e não-verbal, para que as pessoas conseguissem abordar os vários aspetos da comunicação, que tinham sido referidos na sessão anterior.

Após visualização da gravação da primeira sessão surgiram comentários adequados e pertinentes e achei curioso o facto de, nesta vez, terem referidos aspetos da comunicação não-verbal, tendo atenção à postura e aos gestos efetuados pelos outros, não se centrando apenas na comunicação verbal. Penso que esta repetição do tema, embora com um método diferente da sessão anterior, auxilia na aquisição de comportamentos e um pensamento crítico e reflexivo mais ponderado e adequado à situação.

Notei que os participantes tiveram mais facilidade em referir os aspetos a melhorar que os aspetos positivos, e fiz um comentário nesse sentido pois, de uma forma geral, o ser humano tem mais facilidade em apontar os defeitos dos outros do que as qualidades, ou mesmo fazer uma autoavaliação das suas atitudes. Penso que é importante realçar os aspetos positivos, como algo que dê um reforço e ânimo ao outro, sem que ele pense que está a ser julgado ou criticado negativamente o que pode inibir a sua interação com o grupo e/ou participação em atividades.

Verifiquei que, nas simulações efetuadas nesta sessão, havia menos tensão e mais descontração. Acho que isso se deveu ao facto de já saberem o que ia acontecer, sendo que o medo do desconhecido ou a incógnita não estava presente e tinham mais controlo sobre a situação.

No final conseguiu-se abordar as várias situações a ter em conta no que concerne à comunicação e havia confiança suficiente para colocar questões ou partilhar situações e penso que este aspeto foi bastante positivo.

No dia 23 de outubro voltei a efetuar uma sessão de movimento seguida de **relaxamento**. Mais uma vez estavam presentes utentes do hospital de dia e do internamento. Ainda não me sinto totalmente confortável a realizar o relaxamento porque tenho sempre receio de demorar demasiado e alguns dos presentes ficarem inquietos, ou de ser demasiado rápida, não dando tempo para que os mesmos relaxem. Desta vez levei um relógio comigo para que fosse possível controlar melhor o tempo e ter noção do quanto tempo concedia para que o cumprimento da indicação que eu dava.

Penso que em termos de colocação da voz, que me saí bem, tive a sensação que a voz me começava a falhar no final da sessão, no entanto como não me queria movimentar para não fazer barulho, tentei controlar este aspeto. Talvez numa próxima sessão tenha à minha mão uma garrafa de água, caso seja necessário, para não sentir a voz cansada.

Em relação à minha postura optei por permanecer no mesmo sítio a sessão toda, no entanto conseguindo ver o grupo todo, com pequenas movimentações. Mais uma vez dou por mim a me deparar que coloco as mãos atrás das costas enquanto dou as instruções, e senti alguma ansiedade enquanto os presentes se sentaram e começaram a dar algum feedback.

Sinceramente, nestas sensações, o facto de eu estar ansiosa por conseguir que as pessoas relaxem impede-me de eu própria descontraír e transmitir uma maior tranquilidade aos presentes. Após falar com o enfermeiro orientador, tomei consciência que não transpareci esta ideia, no entanto sinto esse bloqueio, e penso que com a continuidade destas sessões conseguirei estar mais confiante e cumprir o objetivo, com a sensação de dever cumprido.

Penso que o facto de o grupo ser muito heterogéneo em termos de patologias, embora os utentes que frequentaram a sessão, mesmo os que se encontram no internamento, estejam com condições físicas e mentais, tenho sempre receio que aqueles com patologia psicótica fiquem inquietos de mais ou não consigam participar a sessão até ao fim. Hoje, comecei a notar que 2 participantes estavam a ficar inquietos, na parte final da sessão, pelo que optei por abreviar um pouco, para que a inquietação que se começava a notar não afetasse o grupo.

O controlo do grupo é bastante importante, e considero que se uma atitude poder afetar os outros elementos, é preferível controlar a situação, antes que todo o grupo seja afetado. Tem sido desafiador trabalhar com o grupo, tentando estar atenta aos pormenores de todos e manter a coesão, fazendo com que as sessões resultem. Penso que, com a continuidade destas intervenções vou sentir-me mais confiante e confortável na sua realização.

No dia 24 de outubro realizei uma sessão de educação para a saúde sobre o tema **Hábitos Saudáveis de Sono e Repouso**. A abordagem deste tema coincidiu com uma semana em que eu estava com dificuldade em dormir e me sentia mais cansada por isso tive alguma dificuldade em falar sobre este tema.

Esta sessão era centrada num folheto que criei para o efeito e na interação com os utentes, estimulando-os a partilhar experiências. No início tenho sempre receio de não conseguir captar a atenção dos presentes nem os cativar e que a mesma seja um fracasso. Sinto que há sempre a necessidade de usar perguntas de quebra-gelo, que nos direcionem para o tema, fazendo com que os presentes sintam que têm um papel ativo na sessão e que os seus contributos são importantes.

Tive a sensação que não estava a ser congruente com o que queria dizer, pois estava a educar acerca de estratégias que eu própria não estava a conseguir que fossem eficazes comigo mesma. No entanto, tive a necessidade de partilhar isso, para que os presentes percebessem que quando falam nos problemas que têm em relação ao padrão do sono não são os únicos e que os profissionais os conseguem compreender e também podem passar por essa situação. O facto de demonstrar que estamos numa relação terapêutica, mas que estamos de igual para igual fez com que as pessoas comesçassem a partilhar mais experiências e isso foi benéfico.

No entanto estava presente um utente que se encontrava mais inquieto e levantou-se várias vezes, fazendo com que tivesse que interromper o que estava a dizer para solicitar que o mesmo se sentasse, ou tentar captar a sua atenção. Senti que este facto acabou por fazer com que o grupo, por vezes, estivesse a olhar para ele, e não estivesse tão centrado no tema da sessão. Quando era interrompida, às vezes tinha alguma dificuldade em voltar ao assunto anterior, no entanto como estava a ser seguido o folheto e depois discutido o seu conteúdo era mais fácil voltar a centrar a atenção.

Considero que esta sessão, utilizando o recurso do folheto e no final o quadro branco para fazer a síntese, funcionou bem, dá espaço tanto para a partilha de experiências como para transmitir informação. Cada vez mais tenho a consciência que as sessões precisam de ser dinâmicas e de formas diferentes utilizando diversos recursos, para que os utentes se mantenham interessados e focados no tema, e também para que haja algum fator que eles desconheçam, pois se utilizar sempre o mesmo método os utentes já sabem o que esperar.

Continuo a chegar ao fim da sessão, com dúvidas se consegui atingir o objetivo, no entanto, após a sessão falo sempre com o enfermeiro orientador no sentido de perceber o que tenho a melhorar. Partilhei com ele a minha perceção de ter tido dificuldade em falar de um tema que me afeta atualmente e o feed back que tive foi que não tinha transparecido, pelo que considero que a maioria das vezes estas dificuldades se devem à minha insegurança. Tenho receio de não conseguir controlar o grupo, no entanto vou conseguindo gerir as situações que vão surgindo de uma forma eficaz.

No dia 30 de outubro voltei a realizar uma sessão de **relaxamento**. Foi a terceira sessão que realizei no estágio, mas não foi menos stressante. Quando estou prestes a iniciar a sessão não consigo evitar sentir ansiedade, por não saber se consigo ser eficaz no meu procedimento. Há um turbilhão de pensamentos que emergem na minha cabeça para tentar concentrar-me em todos os pormenores, nomeadamente a minha postura, o tom da voz, o tempo entre uma indicação e a próxima, os meus movimentos e a atenção a os presentes no grupo.

Nesta sessão estavam presentes várias pessoas do hospital de dia e um do internamento. Alguns minutos depois de ter iniciado o relaxamento, verifiquei que o utente do internamento se encontrava a tremer, parecendo não estar bem. Aproximei-me dele, com movimentos calmos, para não distrair o grupo e ele disse que possivelmente estava com febre, por isso tremia. Continuando a dar indicações acerca dos movimentos que o grupo tinha que executar, pedi que se levantasse e sentei-o num banco, por forma a perceber o que se passava. A pessoa disse tinha frio, e como não conseguia sair sem interromper a sessão, pedi que aguardasse e abreviei o exercício de relaxamento por forma a poder levá-la ao internamento o mais brevemente possível e poder ser avaliada a temperatura e prestados os cuidados necessários.

Da forma como procedi, tentei não afetar os utentes que estavam a fazer os exercícios nem o que estava com febre, tendo tomado a decisão de continuar, por não ter como sair sem interromper a sessão, mas diminuir os exercícios, fazendo de uma forma mais simples, para que terminasse mais brevemente, sem prejuízo para ninguém. Os presentes não se aperceberam da situação, e referiram ter conseguido relaxar na mesma, apesar de ter abreviado a sessão. Penso que foi um aspeto positivo, pois tentei manter a calma e controlar as duas situações que tinha entre mãos, tentando manter o tom de voz, a tranquilidade e evitar movimentos que fizessem demasiado barulho. E assim aconteceu.

Considero que se fosse na primeira sessão possivelmente a minha atitude teria sido outra pois se ainda não sabia muito bem como agir e como me colocar, acho que me teria atrapalhado mais. Com a repetição destes exercícios estou a conseguir manter mais a calma e ir dando atenção a pormenores que não estava desperta inicialmente, e isso tem-me possibilitado evoluir e sentir maior confiança na minha intervenção. Até ao final do

estágio ainda vou efetuar mais sessões de relaxamento e tenho a certeza que as mesmas me vão ajudar a melhorar a minha postura e a conseguir atingir os objetivos da sessão.

No dia 31 de outubro realizei uma sessão de educação para a saúde acerca do **“Estigma: Mudar (Pre) Conceitos”**. A ideia era executar uma intervenção dinâmica que possibilitasse a partilha de experiências e emoções assim como capacitar os participantes a responderem de forma assertiva perante atitudes estigmatizantes de que sejam alvo.

No início da sessão estava um pouco expetante, pois iria usar uma música e análise da mesma para explicar a visão da sociedade em relação à doença mental. No entanto, quando explicava a sessão e a forma como a mesma ia decorrer, expliquei os conceitos de estigma, preconceito e discriminação, para que todos estivéssemos a falar sobre o mesmo assunto, e não surgissem dúvidas quanto aos termos.

A primeira vez que coloquei a música a tocar fiquei expectante e tentei interpretar as expressões dos presentes tanto ao ouvir a música como a acompanhar a letra através da folha que tinha distribuído. Achei curioso que alguns dos presentes ficaram espantados ao tomarem noção da letra e do significado das palavras, tendo, alguns, assumido que já tinham ouvido a música mas nunca tinham tomado consciência da letra e da profundidade da mesma.

Coloquei a música uma segunda vez e pedi para que seleccionassem uma palavra ou uma frase que fizesse sentido para eles ou com a qual se identificassem.

Depois realizamos em conjunto uma interpretação da letra e foi muito produtivo ver os comentários que alguns utentes efetuaram, tendo uma das presentes exposto uma situação pela qual passara associada com uma atitude estigmatizante e a forma como reagiu. Todos os presentes ficaram muito atentos e algumas expressões faciais demonstravam que estavam a concordar com isso como reconhecimento de que já tinham passado por alguma situação semelhante.

Ao longo da sessão notei que estive mais descontraída na minha postura de braços, tendo tentado transmitir a informação de uma forma direta, simples e partindo dos comentários das pessoas integradas em HD, no entanto dei por mim a cruzar as pernas. Mais uma vez a minha postura reflete a minha necessidade de me sentir protegida e de ter algum conforto, algum ponto de segurança. Quando me apercebi da postura corrigi-a imediatamente porque não queria transmitir a informação de falta de disponibilidade para falar com o grupo ou continuar a sessão.

Na segunda parte da sessão, após o intervalo, foi feito o exercício em que cada um retirava uma frase de uma caixa, com uma frase menos boa e referindo como poderiam responder de forma assertiva e adequada a alguém que lhe dissesse algo do género. Foi muito interessante a participação de todos e criou-se um ambiente mais descontraído em que alguns brincavam com a situação e devolviam a pergunta e outros simplesmente respondia que essas palavras eram o suficiente para não quererem falar por quem o abordava. Apesar do ambiente ter ficado mais descontraído e mais informal, a mensagem passou, pois no final, quando cada um escreveu algo positivo transformando as frases negativas em algo positivo e com sentido, conseguiram-no fazer facilmente.

Sinto que as sessões mais interativas são mais interessantes e menos maçudas, notando que a participação é mais espontânea e interessada. Do meu prisma acaba por ser um risco, porque se me esqueço de algo, não tenho junto a mim um suporte de papel que me ajude, ou uns diapositivos para dar seguimento, no entanto, leio e releio a fundamentação teórica que realizo, e faço uma síntese do que pretendo dizer, como preparação da sessão, e até agora tem corrido bem. Sei que a minha insegurança e principalmente a ansiedade é um impedimento que me bloqueia, por isso, tento ter sempre por perto algum apontamento simples onde possa facilmente recorrer, se houver necessidade, para me reorientar.

No final desta sessão fiquei com uma sensação de dever cumprido, pelo facto dos presentes me terem vindo agradecer a sessão e terem continuado a falar do assunto durante o almoço.

No entanto houve um utente que não se manifestou e com o qual tenho dificuldade em interagir e possibilitar uma participação mais espontânea, no entanto todas as sessões que já planeei e executei, tive dificuldade em conseguir captar a sua atenção e motivá-lo a interagir. Parece sempre muito renitente a tudo e, principalmente, em expressar-se e hoje ele acabou por ser observado pela médica assistente a acabei por questionar a interação dele, a postura, se conseguia expressar as emoções e ela deu-me um feed back semelhante à minha avaliação, o que me fez verificar que nem sempre a pessoa está disponível a estas intervenções e não é, apenas, uma limitação do técnico, mas uma característica individual. O plano será, como já começou, executar entrevista e sessões individuais para possibilitar uma estimulação e relação terapêutica que depois seja alargada às sessões em grupo.

As sessões em grupo têm-me feito refletir sobre a importância de estar desperta aos pormenores, ao que é dito, aos gestos, tudo o que cada participante comunica de forma individual, mesmo inserido no grupo. A individualidade, a situação de saúde atual e a relação que tenho estabelecido com cada um ajuda a que já vá conhecendo as suas dificuldades e algumas forma de ser e estar da mesma. Sei que só realizei uma sessão mais dinâmica e menos formal, por já conhecer os elementos do HD e ter estabelecido relação terapêutica com eles, fazendo com que os mesmos também tenham mais facilidade e disponibilidade para partilhar as suas experiências.

Em sessões posteriores tenho que continuar a tomar atenção à minha linguagem verbal e não verbal, e aos pormenores que cada um me transmite durante as mesmas, podendo isso facilitar intervenções individuais ou em grupo.

No dia 6 de novembro realizei uma **entrevista** de avaliação inicial a uma utente que estava a ser integrada no grupo ocupacional. Já realizei diversas entrevistas ao longo do meu percurso profissional e tenho a noção de que umas são mais fáceis que outras por diversos fatores.

Confesso que esta entrevista não foi fácil de executar pelo pouco conteúdo que me era devolvido a cada pergunta, pela dificuldade que a pessoa tinha em expressar os sentimentos e emoções, por estar lenificada psicomotoramente e apresentar alterações na memória tanto a curto como a longo prazo.

Penso que o facto de me sentir observada e ter a consciência que estava a ser avaliada, e por ter presente um aluno da licenciatura que estava a observar como se realiza uma entrevista me fez com que tivesse uma noção maior das dificuldades que eu estava a ter. Consegui efetuar a avaliação do estado mental da pessoa, e

como tinha previamente consultado o seu processo sabia o seu historial o que foi essencial para direccionar as questões e a entrevista. O facto haver bastante ansiosa e medo do desconhecido também fez com que não conseguisse desenvolver o discurso nem fornecer os dados de forma fluente. No entanto já estava um pouco há espera destas dificuldades, pois já conhecia o utente em questão e sabia as limitações que o mesmo apresenta, e a forma como comunica e interage com os outros.

Acho que tenho que melhorar a aceitação do outro neste aspeto. Isto é, respeitar o tempo da mesma, os silêncios, as pausas, o não conseguir que o discurso seja fluente. Às vezes estou tão empenhada em executar a colheita de dados que mal faço uma pergunta, se não há uma resposta rápida faço logo outra pergunta, podendo estar a confundir a pessoa ou a não respeitar o período de latência de resposta que a mesma possa apresentar. O facto desta entrevista ter sido mais limitativa em termos de historia fornecida fez-me refletir sobre a necessidade de ter mais calma e tranquilidade durante a entrevista de forma a transmitir a minha calma, diminuindo a sua ansiedade e criando uma relação de confiança.

Assim, conhecer a minha intervenção, a minha forma de lidar com a minha própria ansiedade e de querer demonstrar o “saber-fazer” tem que estar sempre em consonância com o “saber-estar”, articulando toda a minha linguagem verbal e não-verbal. Visto a dificuldade que estava a ter em conseguir colher a história individual acabei por efetuar maioritariamente perguntas fechadas, em que a resposta fosse sim ou não, havendo necessidade de repetir algumas perguntas para confirmar se o outro tinha percebido as mesmas e se a resposta se mantinha igual.

Depois da entrevista questioneei o enfermeiro orientador acerca da mesma e o feedback foi positivo, tendo-me abordado acerca da pouca informação fornecida pela utente e da minha forma de a abordar, tendo conseguido completar a avaliação inicial e executar a avaliação do estado mental de forma correta. A comunicação interpessoal e a relação de ajuda são ferramentas que necessitam de tempo, atenção e disponibilidade para serem afinadas.

Penso que mesmo daqui a dez anos iriei ter dias em que a comunicação e a entrevista ao outro serão mais fáceis que noutros dias. A comunicação é a base da relação e é fundamental em serviços de saúde mental podendo surgir desafios à mesma, mesmo que tenhamos uma vasta experiência, é sempre uma aprendizagem e refletir sobre a mesma ajuda-me a crescer tanto profissional como pessoalmente.

No dia 6 de novembro realizei também uma sessão de **relaxamento**. Quando começo uma sessão de relaxamento já me sinto mais confiante, pois já consigo ter uma maior noção dos comportamentos que devo adotar para ser mais eficaz. Neste dia estavam presentes duas utentes novas, embora uma já tenha realizado sessões noutra fase de tratamento, pois já tinha frequentado o hospital de dia anteriormente, outra nunca o tinha feito. Devido às limitações físicas apresentados foi aconselhada a ficar sentada e apenas efetuar os movimentos respiratórios no entanto a mesma não estava motivada para isso e acabou por ficar apenas sentada a observar.

Quando estavam todos preparados para iniciar a sessão, e ficamos em silêncio apercebi-me do imenso ruído que se fazia sentir no exterior da sala e do quanto isso poderia interferir com o relaxamento. Ainda abri a porta e pedi que fizessem menos barulho, mas momentos depois o barulho regressou e afetou a minha forma de

orientar a sessão, pois estava concentrada em fazer os exercícios e dar as orientações dos mesmos e também estava preocupada com o barulho, tendo noção que elevei um pouco mais o meu tom de voz para que o ruído exterior não fosse tão perceptível. O ruído afetou-me mais a mim que aos participantes da sessão e no final questioneei-os acerca disso, e apenas os que estavam mais próximos da porta referiram que tinham ouvido o barulho, tendo alguns dos presentes dito que nem se deram conta do ruído.

Penso que tenho que estar sempre preparada para os percalços e contratempos que surjam nas minhas sessões, e como ainda não me sinto totalmente segura na concretização das intervenções estas tornam uma proporção muito maior. No entanto fico contente por a maioria dos utentes não se ter sentido afetados e por eu ter conseguido manter alguma calma, avançando com os exercícios sem me desconcentrar demasiado. Desta forma, estarei mais preparada para futuros contratempos que surjam, e a capacidade de adaptação às situações é que me vai permitir que me torne uma melhor profissional.

No dia 14 de novembro realizei uma sessão de educação para a saúde acerca do tema “**Saúde Mental e Uso de substâncias psicoativas**”. Esta sessão foi a única, das que planeei, em que me baseei unicamente no uso de uma apresentação em power point para explicar os diversos conceitos e mostrar alguns dados de estudos no sentido de alertar e reforçar a importância do não consumo de substâncias e dos seus malefícios a nível da saúde mental.

Foi a sessão mais teórica que fiz no entanto tentei não ser demasiado cansativa nem exaustiva com a informação que transmitia, tendo esclarecido que a sessão se destinava a que eles tomassem conhecimento de como as substâncias psicoativas podem interferir com a doença mental e que não era uma aula em que era suposto decorarem todos os termos e os conceitos apresentados. Apelei à partilha de experiências acerca do consumo de substâncias se se sentisse com confiança para o fazer.

Quando planeei esta sessão, tentei colocar alguma coisa sobre os diversos tipos de substâncias, mas o meu objetivo não era centrar-me na substância A ou B, mas nos motivos pelos quais iniciam consumos, e nas repercussões ao nível da saúde mental. Sei que a população a quem me dirigia tinha experiências diferentes acerca desta temática, e embora não afetasse algumas dos presentes, estes mostraram-se interessadas, por conhecerem alguém com esta problemática.

Aos poucos foram surgindo algumas experiências, embora muito timidamente, sobre os motivos do início do consumo, e estas partilhas enriqueceram a formação. Claro que o objetivo não era expor a vida de ninguém, nem criticar o porquê de o terem feito ou ainda o fazerem, e recentemente estive numa sessão onde se falava da discriminação de quem apresenta consumos e tem uma doença mental, pela forma como estes eram culpabilizados pelos consumos.

Eu, que normalmente sou contra as atitudes estigmatizantes, já tinha tido comentários semelhantes aos apresentados nessa sessão, e isso fez-me refletir acerca da minha atitude sobre as pessoas com consumos de substâncias psicoativas ilícitas, e na forma como eu própria sou preconceituosa em relação às mesmas.

O facto de ter assistido àquela sessão antes de fazer a minha, foi bastante importante porque me fez refletir acerca da forma como eu atuo, e como iria executar a mesma, transformando uma sessão que inicialmente ia

ser bastante informativa e centrada em aspetos teóricos, numa atividade em que a minha intenção era informar sem culpabilizar ou penalizar.

Eu própria senti que a minha reflexão fez com que a minha atitude durante a sessão fosse mais compreensiva e empática do que inicialmente tinha pensado. Apesar de ter a sessão planeada já alguns dias, como aliás fiz para todas as sessões no início do estágio, tendo-as planeado atempadamente, no dia anterior à mesma realizei uma leitura da fundamentação teórica que tinha efetuado e fiz, novamente, uma breve pesquisa na internet. Encontrei uma tese que falava dos problemas de saúde mental associado ao consumo de substâncias, que não se centrava apenas nos surtos psicóticos ou na psicose tóxica, mas que falava da probabilidade de aumento dos consumos associada a transtornos de ansiedade, depressão e até distúrbios do comportamento alimentar. Esta informação foi o “click” que faltava para que eu interiorizasse os consumos de substâncias como algo que pode surgir em várias fases da vida, como identificação com os pares, como refúgio de uma situação de vida, como escape, e isto é muito importante transmitir aos outros.

Esta sessão foi bastante produtiva, não só pela participação dos utentes, que continuavam a falar do assunto nos momentos seguintes e durante o almoço, mas também pela possibilidade de me desmistificar alguns conceitos e pré conceitos na minha cabeça, que não tinha consciência da sua existência. A formação e a informação constante são uma poderosa ferramenta de trabalho, pois foram estes aspetos que me permitiram compreender a linha ténue entre a doença mental e os consumos de substâncias e, mais importante que isso, o motivo pelo qual os mesmos consumos se iniciam.

No dia 19 de Novembro realizei mais uma sessão de **relaxamento**. Esta sessão não correu muito bem, pois não estavam reunidas as condições ambientais para o desenrolar da mesma. Neste sentido, quando ia iniciar a sessão, começou a haver bastante ruído associado às limpezas do serviço, e enceramento do chão, pelo que no local onde decorre o relaxamento começou a haver barulho de máquinas que não eram nada promotoras de um ambiente tranquilo que se pretendia.

Durante a sessão dei por mim a elevar o tom de voz, para tentar ser melhor ouvida e ter a sensação que o ruído exterior não interferia com a sessão. Senti-me menos segura e confiante e dei por mim a adotar posturas que anteriormente já tinha descrito como o facto de colocar as mãos atrás das costas e andar de um lado para o outro para tentar controlar a minha tensão face às adversidades externas que estavam a afetar a minha sessão. Comecei a controlar pelo relógio o tempo que dava entre as indicações e a o tempo para a sua concretização, no sentido de não acelerar o ritmo, e prejudicar o relaxamento, e essa foi uma estratégia que me ajudou a conseguir controlar a minha ansiedade para que o tempo passasse rápido e eu conseguisse terminar a sessão com alguma qualidade.

No entanto depois de ter terminado a mesma, questionei se se tinham sentido afetados pelo ruído, e perante as respostas afirmativas questionei-me se não teria sido melhor suspender a atividade, pois não estavam criadas as condições necessárias à sua execução de forma terapêutica. No entanto alguns dos presentes referiram que apesar do ruído tinham conseguido descontrair um pouco e, apesar de não ser tao relaxante como em sessões anteriores, tinha sido positivo.

Penso que nestes casos há que considerar o benefício da intervenção e as condições ambientais, que eu não poderia controlar. Talvez numa situação semelhante, futuramente, eu suspenda a atividades, substituindo-a por outra, até que tenha um ambiente favorável à sua concretização. Assim, terei melhor controlo e diminuirei o nível de ansiedade sentido por mim perante esta atividade com o constrangimento do ruído.

No dia 27 de novembro realizei uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema **“Stresse, Ansiedade e Pânico”**. Esta sessão trazia-me um desafio de conseguir explicar conceitos de termos que são muitas vezes considerados o mesmo, e isso tinha que ficar bem explícito aquando da minha apresentação.

A sessão iniciou-se com a audição de uma música em que as pessoas integradas em HD tinham um papel com a letra e foi-lhes pedido para identificar uma palavra ou frase com a qual identificassem ou que lembrasse algum momento pelo qual já tinham passado na sua vida. A maioria dos participantes executou essa tarefa sem problema, no entanto houve uma que teve que ser ajudada por não saber ler, e tive isso em consideração para que adaptasse a dinâmica às suas necessidades, e houve outro que referiu não ter percebido o que lhe tinha sido pedido.

Considero que as sessões de educação para a saúde devem ser o mais dinâmicas possível, de forma a motivar os utentes e também a fazer com que haja alguma expectativa pelo que se vai fazer, pelo que estas formas diferentes e mais interativas pelas quais tenho optado têm funcionado bem no sentido de ter uma participação ativa da maioria dos presentes e de partilharem experiências.

Foi isso que sucedeu, dentro do grupo, foram surgindo experiências pelas quais já tinham passado, e houve dois participantes que expuseram uma situação atual, tendo sido feita uma tentativa para motivá-los a encontrar as estratégias para ultrapassar a situação.

O facto de o grupo já se conhecer, e ter uma relação de confiança, na maioria dos casos, faz com que haja maior facilidade na partilha, e até os que se encontram numa fase menos ansiosa, tentem motivar e falar da sua situação e como a resolveram. Claro que nas partilhas de experiências sirvo como moderadora, questionando e clarificando aquilo que vão dizendo, e apelando ao bom senso, fazendo com que os comentários menos adequados, que normalmente surgem por parte de um utente, sejam contornados e adaptados ao tema que se está a abordar.

Falar de ansiedade, quando eu própria me sinto ansiosa pode parecer um contra-senso, no entanto, no decorrer do estágio, com as várias sessões que já realizei, tenho conseguido contornar a ansiedade que sinto, e já tenho mais confiança para falar com o grupo, sentindo que já consigo controlar melhor estas dinâmicas. O grupo, neste dia, estava completo, ou seja com 12 pessoas, e considero que dei atenção a todos e consegui que os mesmos interagissem, sempre dentro das suas capacidades.

Depois desta parte inicial, foi efetuado um pequeno intervalo, de 5 minutos, e seguidamente foi fornecido um folheto que tinha sido elaborado por mim, para clarificar os conceitos de stresse, ansiedade e pânico. Esta componente escrita foi importante para que os presentes lessem e clarificassem os conceitos, tornando possível a execução, simultaneamente, treino de leitura. Mais uma vez a envolvência dos utentes facilitou o desenrolar da sessão.

Após esta parte foi explicada a técnica da respiração profunda, como uma estratégia de controlo da ansiedade ligeira, e que poderia ser facilmente efetuada por qualquer dos presentes. A mesma encontrava-se descrita no folheto, para que houvesse uma forma de a pessoa ficar com ela, e depois a usar. No entanto esta parte já não foi bem explicada, porque estava a chegar a hora da saída dos utentes e estavam a ficar inquietos. Considero que nesta última parte falhei com a gestão do tempo, pois já não consegui abordar de forma tranquila e com a certeza que todos tinham percebido a técnica da respiração.

Talvez o erro tenha sido no planeamento ao querer fazer três coisas diferentes na mesma sessão, correndo o risco de se prolongar demasiado, no entanto quando a planeei não tive a noção que este problema se poderia colocar, pois também não estava à espera que os utentes partilhassem tantas experiências. Sei que enquanto responsável pela sessão devo gerir o tempo e adequá-la aos presentes, e como surgiram tantas partilhas, que contribuíam de forma positiva para a sessão, não fazia sentido interromper. Acho que o meu caminho de crescimento para me tornar enfermeira especialista, tem-me possibilitado adaptar as situações aos presentes e tomar decisões que possibilitem manter uma boa relação. Senti que na sessão, se interrompesse alguém estava a impedir que ela partilhasse a sua experiência, e a favorecer com que ela se retraísse numa próxima vez, podendo haver uma quebra na relação terapêutica comigo, e na confiança com o grupo, pelo que após refletir sobre o assunto, não acho que tenha sido uma má decisão.

Para que a parte da respiração não fosse negligenciada, usei o facto de utilizar essa técnica nas sessões de relaxamento como forma de explicação, e apesar de não ter tido tempo para efetuar a sessão com tranquilidade, consegui transmitir o principal.

As sessões em grupo têm-me permitido confirmar que apesar do planeamento que faço para cada sessão, há decisões que têm que ser tomadas no momento, de forma a não comprometer a mesma.

No dia 28 de novembro realizei uma sessão de psicoeducação sobre **“Memória e Estratégias para Treino da Memória”**. Esta sessão baseava-se na execução de um jogo “Quem quer ser memorável” que era uma adaptação do jogo do “Quem quer ser Milionário”. Deu-me muito gozo preparar esta sessão, por ser totalmente diferente do que já tinha feito e por considerar que era uma dinâmica que iria trazer um ambiente mais descontraído e favorável ao grupo.

Tive dificuldade em fazer a sessão, pois houve um erro informático e não conseguia fazer a projeção do jogo, para que ficasse disponível para todos. Eu tinha o plano B, que era o meu computador, caso houvesse alguma incompatibilidade, embora eu tenha verificado no dia anterior que o jogo funcionava no computador do hospital, no entanto não consegui fazer a ligação de forma correta, tendo que chamar o técnico de informática. Fiquei ansiosa por poder comprometer a sessão, ao atrasá-la, no entanto optou-se por alterar o planeamento do dia, e foi possível realizar a sessão da parte da tarde, para que tivesse o tempo necessário disponível. Quando se aproxima a concretização de uma sessão tento verificar se está tudo a funcionar, para evitar contratempos, no entanto, não me foi possível controlar o mesmo.

Inicialmente, os elementos do grupo ficaram surpreendidos com o que lhe era pedido, e após explicar o tema, foi iniciado o jogo, que consistia na execução de perguntas sobre a memória e cada um tinha que

responder antes que fosse demonstrada a resposta correta. Após a resposta era explicado o conceito, ou a pergunta de uma forma breve. Depois, foi mostrada uma imagem, para que fosse efetuado treino de memória, e as perguntas seguintes eram sobre a imagem visualizada.

Criou-se um ambiente muito descontraído e divertido, de forma adequada, por parte das pessoas integradas, que entraram no espírito do jogo, e tentavam ver quem sabia melhor as respostas, pelo que considero que a dinâmica funcionou.

Em relação à minha atitude, considero que o stresse criado pelo contratempo do computador, de manhã, não afetou a minha prestação, pois quando a realizei já estava mais tranquila. Notei, no entanto, que a minha postura inicial ainda era de alguma tensão, pois tinha receio que alguns os presentes não conseguissem atingir o objetivo do jogo, nem compreendessem as suas regras. A clarificação das sessões tem sido uma preocupação minha, para que todos saibam o que é solicitado, o tema que está a ser abordado e consigam recordar ou adquirir novos conhecimentos.

No dia 29 de novembro realizei uma reunião para famílias e utentes subordinada ao tema **“Comunicação com o doente mental”**. As sessões com as famílias são aquelas que me deixam mais ansiosa pelo facto de não saber, ao certo, quantas pessoas vão estar presentes, pelo grupo ser muito maior, e por ter tantos olhos postos em mim.

Embora tenha planeado a sessão atempadamente, e ter partilhado com a equipa toda do hospital de dia e reabilitação o que estava a pensar fazer, e terem achado a ideia adequada ao tema, senti o peso da responsabilidade pela orientação da mesma, e o receio de que corresse mal.

A sessão consistia na concretização do jogo do “telefone estragado”, depois seriam explicados conceitos relacionados com a comunicação verbal e não-verbal, usando como base um esquema simples de comunicação, desenhado em papel de cenário e afixado na parede, e terminava com a audição de uma música. A responsabilidade pela sessão era acrescida, pois a mesma estava integrada no 2º aniversário do hospital de dia, e também estava presente a diretora do serviço.

Antes da sessão foi efetuada uma caminhada com as famílias e utentes (normalmente é executada diariamente, como início das atividades do dia) que me permitiu ir falando com algumas famílias, embora não me fosse possível falar com todas, possibilitou-me ir desenvolvendo uma relação com as mesmas.

Quando fomos para a sala para a concretização da sessão, senti-me bastante ansiosa. Tinha sido uma noite e uma manhã complicada a nível pessoal, com muitos contratempos antes de vir para o estágio, em que não consegui rever toda a fundamentação teórica com a atenção e dedicação que pretendia.

A sessão já estava planeada há cerca de um mês, apenas precisava de rever e reler os conceitos, para que me preparasse da forma mais adequada, situação que não me foi possível, o que foi uma dificuldade acrescida para me sentir mais segura. Considero que sou bastante insegura, mas também sou organizada, e esta é uma forma de tentar ter uma maior sensação de controlo, e conseguir alguma tranquilidade, revendo cada passo, conceito, e ensaiando o que pretendo dizer, e o facto de não o fazer como habitual foi um fator de stresse acrescido.

No início da sessão expliquei o tema que iríamos abordar, e apresentei a equipa. Estavam presentes 34 pessoas, o que foi bastante positivo, pois significou que houve bastantes familiares presentes, que se disponibilizaram a participar na sessão. Segundo a equipa do hospital de dia foi a sessão em que estiveram mais participantes, o que me fez refletir, após a sessão, pois só tive conhecimento deste facto após a mesma, que era importante ter passado a mensagem de forma cativante para que tivessem vontade de vir a sessões futuras.

Para o jogo do telefone estragado, face ao número de presentes, optei por fazê-lo por filas, e não com o grupo todo, como tinha inicialmente pensado, por forma a não causar muito ruído na sala e perder tempo desnecessariamente. Escolhi fazer a fila da frente com uma frase mais complexa, para exemplificar o que era pedido, para que compreendessem melhor o que eu tinha explicado. A frase inicial era: O aniversário do hospital de dia vamos celebrar e da importância da comunicação vamos falar. Como era espectável, a frase chegou muito mais reduzida: hoje é o aniversário do hospital de dia. Este exemplo serviu para abordar a necessidade de transmitir a informação de forma simples, clara e concisa e confirmar se houve compreensão, pedindo, sempre que necessário a sua clarificação.

A frase seguinte era “Não se pode não comunicar”, e foi dada às filas seguintes, tendo chegado ao final de algumas filas de uma forma correta e noutras alterada “não se pode comunicar”. Este foi o mote para introduzir o tema da comunicação não-verbal, pois os presentes referiram apenas modos de comunicação verbal, quando questionadas acerca do que era a comunicação.

Durante a reflexão sobre a sessão acabo por me questionar se a sala estaria na posição mais adequada, pois estava disposta em filas. Talvez se tivesse colocado em forma de “U” para que fosse possível observação de todos teria sido mais benéfico, no entanto não sei se a dimensão da sala o permitiria, pois não o experimentei. Contudo como ainda vou ter uma sessão para executar com famílias irei ver a possibilidade de organizar a sala de uma forma diferente, que incentive mais a participação daqueles que ficam na fila de trás, pois se estiverem todas de seguida, estarei também mais próxima e poderei observar melhor todos os presentes.

A sessão foi decorrendo com vários comentários dos participantes, e a sua maioria era bastante pertinentes e utilizei-os para introduzir novos termos relacionados com a comunicação, e como era de comunicação que estava a falar, tentei ir vendo nos rostos e postura dos presentes o que devolviam em relação ao que estava a falar, isto é, tentei identificar se pareciam interessados ou aborrecidos.

A emoção que vi em alguns familiares foi a resposta. Estava a conseguir identificar-me com as dificuldades e desafios que é a relação diária com o doente mental, na sua diversidade de diagnósticos. O facto de ter presente pessoas com vários diagnósticos, desde a debilidade, à depressão e esquizofrenia, fez com que a sessão tivesse que ser abrangente, sem ser adaptada a uma doença específica, no entanto foram surgindo comentários relacionados com as várias patologias. Este aspeto foi bastante positivo pois permitiu-me, por exemplo, abordar o isolamento e silêncio em alguém com depressão ou com esquizofrenia que são formas totalmente diferentes de comunicar.

Embora quisesse controlar o tempo, para que conseguisse fazer toda a sessão sem pressões, tentei controlar o facto de olhar para o relógio e por vezes focava-me no relógio dos que estavam na fila da frente para

ir sabendo o tempo que tinha disponível. Se estivesse sempre a olhar para o relógio ia demonstrar que não tinha disponibilidade para estar com o grupo, o que constituiria uma barreira à comunicação.

Em relação à minha postura, tenho noção que andei de um lado para o outro, não só por estar nervosa, mas também para tentar estar mais visível e visualizar todos os presentes, pelo que volto a referir a organização da sala como um aspeto a considerar noutras sessões.

Houve um utente que fez alguns comentários menos adequados e tentei responder-lhe com naturalidade para não transparecer que o mesmo não se adequava nem para que surgisse ruído ou outros comentários como resposta pelos presentes. Desta forma, consegui controlar melhor o grupo e evitar que nos desviássemos do tema que estava a ser abordado.

Quando coloquei a música e distribui as letras tive consciência do risco que estava a correr, pois poderia não ocorrer adesão nem a compreensão do que é que aquela música, que para mim tinha tanto a ver com a comunicação com o doente mental, estava relacionada com a sessão.

Cada um faz a sua interpretação e foi pedido para que tomassem atenção à letra, por isso é que a mesma foi distribuída em suporte de papel, e tentassem ver nas entrelinhas o que poderia estar associado com a comunicação. Após ter começado a tocar a música identifiquei alguns rostos que estavam concentrados a ler a folha, outros que estavam apenas a ouvir a música, e outros que, ao ler a música, a reconheceram e a começaram a cantar, tendo-se criado um ambiente muito descontraído.

Após a música terminar, realcei algumas palavras como “espaço”, “silêncio”, “cansaço”, “dá-me um abraço que me desperte, e me aperte sem me apertar” e “rumo certo”. Tentei passar através destas palavras uma motivação para as famílias continuarem o desafio de cuidar de uma pessoa com doença mental, que apesar de não ter uma limitação física, tem uma complexidade de reações, manifestações e formas de estar que constituem um desafio diário.

Como cuidadores surge o cansaço, a falta de paciência, a irritabilidade, o desânimo, e com esta música também estava a transmitir um abraço a cada familiar que se encontra cansado e muitas vezes se questiona se está a fazer o melhor pelo doente. As atitudes podem valer tanto como um abraço, mesmo que não haja o contacto físico que o mesmo exige, no entanto quando as famílias se sentem sem rumo, os serviços de saúde devem servir como apoio e suporte para melhores cuidados.

Terminei a sessão com a passagem da música, novamente, e foi sugerido pelos presentes que se cantasse a mesma, tendo-se feito o gesto de, em pé, colocar o braço por cima de quem estava ao seu lado, fila a fila. Foi surpreendente como todos permitiram o toque, mesmo aqueles utentes que nem sempre o consentem, e em uníssono, cantamos a música. Nunca pensei que a mesma funcionasse desta forma, e foi uma maneira espetacular de terminar a sessão.

Senti mesmo a sensação de dever cumprido, e quando me agradeceram, até me vieram as lágrimas aos olhos, pois internamente estava a viver o pior dia de estágio, por ter tanta coisa pessoal a preocupar-me e angustiar-me, e só tinha ido fazer o turno por ter a responsabilidade de fazer esta sessão.

O trabalho com um grupo é sempre um desafio, principalmente quando este é maior, e tenho sempre o receio de não conseguir passar a mensagem. Não tenho a ilusão de que transmiti tudo acerca da comunicação,

mas penso ter transmitido o essencial e mais importante, e o facto de ter tido um feedback bastante positivo tanto dos utentes como dos familiares, fez-me perceber que a mensagem tinha passado.

No dia 12 de dezembro tive a oportunidade de efetivar uma entrevista de avaliação inicial para o hospital de dia juntamente com a médica. Já tinha efetuado duas entrevistas mas apenas com a parte de enfermagem, pelo que solicitei à média se podia colaborar na mesma.

A entrevista decorreu normalmente, tendo intervindo, quando me era oportuno e penso que este aspeto é muito importante para o trabalho de equipa, com todos os profissionais do hospital de dia, pois o primeiro contacto do utente com a equipa é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Neste dia fiz uma sessão de psicoeducação subordinado ao tema “**Depressão**”. Esta sessão era baseada na escuta de uma música e análise da mesma. Eu já tinha ouvido esta música diversas vezes e quando planeei a sessão tomei conhecimento que ela era a base de um programa relacionado com a depressão. Quando ouvi aquela música pela primeira vez, lembro-me de ter pensado que tinha uma mensagem muito forte e que não imagino o que é alguém sentir-se assim.

Já passei por vários momentos de tristeza, mas não passei por uma depressão, e pensar que alguém se pode sentir assim, em muitos dias, durante muito tempo, fez-me refletir sobre a sensibilidade que é necessária para abordar este tema.

Confesso que não estava muito disponível para falar deste tema, pois estou numa fase muito sensível da minha vida, e tinha receio de não parecer congruente. Já me tinha acontecido isso com a sessão do sono, e agora sentia essa insegurança por não saber bem o feedback que iria receber por parte dos participantes. Não me sentia ansiosa, como habitualmente, sentia-me algo desconfortável. Sinto que ainda tenho muito que aprender com as sessões de grupo, e o facto de me ter focado nisso ao longo do estágio me permitiu crescer muito na interação e relação com o Outro.

No início da sessão foi possível explicar o que íamos executar e o tema que ia ser tratado e foi logo abordado por alguns dos presentes que era um tema que consideravam pertinente e isso fez-me sentir mais segura. Expliquei o que iríamos fazer, distribui a letra da música e começou a tocar a mesma. No entanto, mal tinha começado a música, uma das pessoas que participava na sessão começou a chorar, fiquei surpreendida porque a mesma tem demonstrado alguns progressos e até iniciou voluntariado recentemente, acho que lhe caiu a “capa” que ela estava a transmitir nos últimos dias. Fiquei na dúvida sobre qual seria a melhor atitude a ter, e decidi deixar a música terminar e, apesar de todos já se terem apercebido da situação, questionei essa pessoa se conseguia continuar a sessão e que no final da mesma poderíamos falar em particular, o que a mesma aceitou. Penso que aqui tomei uma opção correta, no sentido de não afetar o grupo nem a atividade, mas dando espaço àquela que não estava tão bem.

Antes de ouvir os comentários dos utentes, informei as duas mensagens muito distintas que estão na música, porque por um lado há uma descrição dos sintomas, de forma às vezes muito dura, mas por outro há uma mensagem de esperança, e tive a necessidade de clarificar isso para que não se focassem apenas na parte negativa da música.

Tenho que referir que o grupo era muito heterogéneo ao nível de diagnósticos, e estava um pouco curiosa por saber a interpretação da música que cada um faria. Apesar da diversidade de diagnósticos, este grupo já se conhece há algum tempo, e o facto de ter havido poucas mudanças desde que eu iniciei o estágio, fez com que eu tivesse conhecimento e um mínimo de confiança necessárias para usar esta dinâmica na sessão.

Um dos elementos do grupo fez uma partilha muito interessante, pois apesar de não se sentir deprimido, identificou-se com a parte da revolta, referindo isso perante a sua situação de diabetes e dos outros darem muitos concelhos, mas não sabermos realmente o que ele sente quando vai a uma pastelaria e não pode comer o bolo que lhe apetece, sentindo-se incompreendido. Neste aspeto a sessão decorreu muito bem, pois cada utente identificou algo pessoal quando analisou a letra, e a partir daí foi possível abordar a problemática da depressão, mas de uma forma muito direcionada às dificuldades e sentimentos de cada um.

Outro utente, com o qual temos estado a trabalhar ao nível da necessidade de ocupação e estamos a tentar integrá-lo num grupo de formação, referiu que sentia que passava tempo demais com ele próprio, e que se sentia isolado com tanta gente à sua volta, o que demonstra bem a sua necessidade de ocupação e de um objetivo de vida. Fiquei surpreendida com a sua capacidade de insight nesse aspeto, até porque este utente tinha abandonado a medicação na semana passada, e tinha-nos dito isso no início desta semana, referindo as suas dificuldades em relação à sua doença e à forma de se integrar na sociedade. Acho que foi bastante positivo ele conseguir fazer esta partilha. Por outro lado fez-me refletir sobre a ausência de respostas sociais, pois estão num programa de reabilitação, mas depois é difícil integrá-los nalgum sítio, quer seja laboral, quer ocupacional, que possa dar continuidade ao trabalho desenvolvido no hospital de dia.

Houve uma partilha acerca de um aniversário, no dia anterior, que tinha sido muito difícil, pois tinha passado grande parte do mesmo a chorar, por não conseguir identificar aspetos positivos na sua vida. Durante os comentários dos outros, essa pessoa tentou sempre intervir, mas no sentido de transformar os comentários ouvidos na sua própria realidade, e por vezes tive que solicitar que a mesma esperasse que os outros falassem, para que dissessem realmente a interpretação que estava a fazer, e não o que ela achava que eles estavam a querer dizer. Considero que esta atitude, fez com que os outros sentissem que estavam a ser ouvidos, e que as suas questões, perceções e experiências eram igualmente importantes.

Esta sessão tornou-se um desafio bastante interessante, pela diversidade de subtemas que emergiram do mesmo, e da necessidade que cada elemento teve de expor algo, havendo partilha bastante coerentes, adequadas e pertinentes. Até um utente que, em sessões anteriores, faz questões desadequadas e desapropriadas, fez um comentário bastante assertivo, dizendo que por vezes se sente sem rumo e que anda à busca do mesmo.

Durante a sessão tentei demonstrar-me flexível a cada um, focada nos seus problemas e interesses, no entanto quando me apercebi já estava com as pernas cruzadas. Acho que eu própria necessito de me sentir confortável, de um reforço positivo, de sentir que posso ajudá-los de alguma forma e que isso contribuiu para a sua evolução.

No final quando apresentei o pequeno vídeo que aborda o tema da depressão de uma forma simples, sucinta e com dados estatísticos, que muitos se interessaram pelo mesmo, e foi uma boa forma de sintetizar o

tema que estava a ser abordado. Na maioria das sessões sinto que deixo muita coisa por dizer, no entanto penso que a partilha e a moderação que faço fazem parte da psicoeducação, em que é valorizada a interação e a intervenção entre os presentes.

Após o almoço, o utente que tinha abordado a revolta perante os outros e a forma como abordam as doenças veio dizer-me que tinha visto um póster na entrada do hospital acerca da SIDA mas que se adequava às doenças mentais e no qual dizia que “O vírus do preconceito agride mais que a doença”. Achei muito pertinente essa interpretação, não só por ter abordado esse tema ao longo do estágio, mas também por termos falado da depressão ser desvalorizada e estigmatizada enquanto doença.

No dia 2 de janeiro realizei uma sessão de psicoeducação subordinada ao tema “**Emoções Positivas**”. Foi a minha última sessão de psicoeducação durante o estágio e penso que marca o percurso que fui desenvolvendo ao longo destas semanas em que estive no hospital de dia e reabilitação.

O pensamento positivo pode, muitas vezes, ser banalizado, e as pessoas às vezes acham que as estamos a “massacrar” com a história de pensarem positivo e estamos a desvalorizar os problemas delas. Acho que isto era uma barreira que tinha que desmistificar e abordar aquando do estágio. O pensamento positivo não vai eliminar os problemas, no entanto, muda a forma de os encarar. O fundamento das emoções positivas é simplesmente esse. Claro que só é possível com as ferramentas e estratégias que possam ser ensinadas aos utentes.

Coincidentemente a sessão foi concretizada no início do ano, em que a maioria faz projetos, renova outros que estão em falta e planeia que tudo vai mudar, porque o ano muda. No entanto, só há mudança se for o próprio a impulsioná-la. Acho que ao escrever isto, me estou a tentar consciencializar a mim mesma das mudanças que também anseio no novo ano, e que tenho que ser eu a trabalhar para que elas ocorram.

Durante este estágio houve um utente que me disse algo do género: “A enfermeira é assim porque não passa pelo mesmo que eu passo!” ao que eu respondi: “o facto de você não saber a minha vida pessoal, não quer dizer que eu não tenha problemas”. E penso que é muito por aí, e hoje usei este exemplo para me colocar de igual para igual para com aqueles a quem presto cuidados. Efetivamente, fazendo uma reflexão individual, não tenho grandes motivos para estar alegre, porque estou a atravessar uma fase menos boa na minha vida, no entanto o trabalho ainda é algo que me mantém ocupada, e quando estou com o grupo do HD consigo abstrair-me mais das situações que tenho fora desse ambiente. Claro que há dias que me sinto mais afetada que outros, mas estou a aprender a valorizar o que consigo. Esta sessão hoje não foi apenas para as pessoas integradas em HD, foi também para mim. É curioso que quando defini os temas para as sessões psicoeducacionais, estava longe de imaginar que estaria a ter a situação familiar atual, pelo que não foi intencional.

No início da sessão, solicitei que desenhassem uma cara tipo “emoji” num círculo que distribui a cada um, tendo os elementos da equipa participado também. Um pouco a medo lá fizeram o desenho e depois cada um explicou as emoções que estavam a ter. O facto de termos saído de um período de festas, só me fez comprovar que a euforia do Natal e da Passagem de ano não é sentida por todos, havendo alguns para quem esta altura é particularmente dolorosa. Os presentes fizeram várias partilhas, desde a tristeza, à desilusão e à alegria permitiu enquadrar bem o tema que estava previsto.

Neste dia também houve a integração de três elementos em HD, pelo que esta sessão também era bastante importante, pois era o primeiro contacto deles com as sessões de grupo, e embora uma tenha tido maior dificuldade que as outras 2, todas participaram. Senti que estas utentes estavam expetantes em relação ao que se ia passar e que a primeira “impressão” com que ficavam do hospital de dia seria importante para a sua expectativa de recuperação. As 3 pessoas foram integradas em hospital de dia por motivos diferentes, mas duas delas têm em comum o facto de quererem recuperar para voltar ao mundo do trabalho, e isso é uma motivação que alguns dos presentes no grupo de HD não têm, e isso notou-se na forma como elas participaram na sessão. A outra utente é enfermeira reformada e, embora esteja numa fase da vida em que o discurso é bastante negativista, senti que tinha que me esforçar também por tentar captar a sua atenção e conquistar a sua confiança pois queria que ela visse em mim, algo que ela já tinha sido, que se identificasse.

A sessão decorreu sem intercorrências e no final, com o pote da gratidão, foi possível ver que tinham percebido a mensagem e que estavam a agradecer por coisas muito pessoais e algumas delas recentes, relacionadas com o período de festas.

A expressão que eu fiz foi de medo, ainda sinto receio em relação às sessões, embora a minha ansiedade seja muito menor que nos primeiros dias, tenho sempre receio que as dinâmicas não funcionem como pretendido, e não consiga abordar o tema da sessão como pretendido. Tento que todas as sessões sejam diferentes, tento arranjar dinâmicas que não sejam demasiado exaustivas, sem desvalorizar os objetivos de cada sessão, nem os objetivos de reabilitação e tenho feito um esforço para o fazer tendo em consideração as limitações cognitivas que alguns apresentam. Às vezes não é fácil ter no mesmo grupo pessoas iletradas e outros com licenciatura. Mas continuo a achar bastante desafiante o trabalho com grupos e, embora, também haja diversidade de patologias, pois não é um grupo de psicoeducação centrado numa patologia ou num problema, isso possibilitou-me abordar uma diversidade de temas que podem ser transversais, não apenas ao nível da doença, mas também na promoção da saúde mental.

Aquando do decálogo da saúde mental positiva que utilizei hoje na sessão, cada um tirava uma frase, e depois analisávamos isso em conjunto, formando o decálogo, a frase que retirei foi “Coloque ‘carinho’ nas atividades de vida diárias” e a minha interpretação da frase está muito relacionada com a dedicação que tenho colocado nestas sessões. Tento guiar-me muito por esta frase “Põe quanto és, no mínimo que fazes” de Ricardo Reis, e penso que esta frase hoje veio comprovar-me que é por aí o caminho que quero seguir.

No dia 22 de Janeiro de 2019 realizei uma sessão com as famílias subordinado ao tema **“Estigma: Mudar (Pre) Conceitos”**. Em outubro já tinha executado esta sessão e por proposta do enfermeiro orientador decidiu-se replicar a mesma com as famílias. No entanto, devido à reestruturação que o hospital de dia e reabilitação teve no início do ano, a maioria do utentes presentes não tinha participado.

Antes da sessão sentia algum nervosismo, mas não era ansiedade como era habitual. Tinha ao longo das semanas de estágio e das diversas atividades de grupo que realizei adquirido estratégias para lidar com estas situações. Tinha tomado consciência da flexibilidade que era necessário ter e da importância de escutar o outro que tinha a coragem de partilhar a sua história.

A sessão decorreu sem intercorrências, no entanto tornou-se bastante diferente daquela que tinha efetuado numa fase mais inicial do estágio. O grupo não era tão grande como na sessão anterior que tinha efetuado com as famílias, mas era um grupo maior do que aquele que tinha estado na primeira sessão. Ao ser uma replicação da sessão e de alguns utentes já terem participado na mesma, tive o cuidado de alterar algumas frases, para que não se tornasse monótono, nem soubessem tudo o que iria acontecer.

Após passar a música dos Loucos de Lisboa, e de todos terem acompanhado com a letra numa folha, o passo seguinte previsto era a interpretação da letra, no entanto começou a surgir comentários acerca do tema que era o estigma e acabou por não haver uma análise profunda da letra, e apenas eu ia escolhendo algumas palavras da mesma para articular com o que os familiares diziam.

Houve um familiar, que costuma ser muito rude, e que ainda não tinha participado nas reuniões com as famílias, que esteve presente, e fez alguns comentários de forma mais agressiva verbalmente, manifestando a sua revolta pela forma como a sociedade aborda a doença mental. Não foi fácil gerir aquela situação, pois tive que manter a tranquilidade, escutar o que a pessoa disse, e continuar a falar de uma forma calma e assertiva.

Aconteceu também, por parte de um familiar, este ter muita vontade de abordar vários temas acerca da doença mental. Embora tivesse dedicado tempo a escutá-lo, houve necessidade de centrá-lo na temática que estava a ser abordada, esclarecendo que noutras ocasiões haveria oportunidade de aprofundar outros temas.

Esta sessão foi o culminar do meu estágio. Era a última, que significava tanto. Tanto esforço e dedicação, tantas horas de pesquisa, tantas horas de contacto com os utentes, tanto crescimento pessoal e profissional. Foi a única em que esteve presente a enfermeira chefe, a médica responsável pelo HD e a diretora do serviço. Sei que a responsabilidade era acrescida e sei que não desiludi. Pode não ter sido brilhante, mas foi muito boa. Apesar do cansaço que sentia, de um percurso que foi longo e intenso, não me acomodei e dei o máximo até ao último minuto. É esta a minha maneira de ser, e espero continuar a querer evoluir mais como EEESMP.

APÊNDICE II – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL”

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planejar uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Estilos de Vida Saudável”.

As sessões de educação para a saúde e intervenção psicopedagógica estão planeadas para as 4ª feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação. As mesmas visam a transmissão de conhecimentos no âmbito de temas de doença e saúde, promoção da saúde mental e estilos de vida saudável e atitudes preventivas (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016). De acordo com a mesma fonte estas sessões são planeadas pelo enfermeiro responsável ou sugeridas pelos utentes de acordo com as necessidades avaliadas/sentidas.

A escolha do tema estilos de vida saudável surgiu pelo facto de os utentes terem referido vários aspetos relacionados com o tema na reunião de avaliação do fim-de-semana que foi realizada na segunda-feira. Houve exposições no sentido de perda de peso, de arranjar uma bicicleta a pedal para se deslocar, da necessidade de conviver e ter uma atividade de lazer entre outras. Neste sentido, após discussão com o enfermeiro orientador concluiu-se a pertinência de abordar este tema.

O conceito de saúde mental tem evoluído ao longo dos anos e sempre tem havido uma dificuldade em compilar todos os componentes da mesma numa só definição. Muitas vezes a saúde é definida como sendo a ausência de doença, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) já elaborou diversas definições em que engloba a componente física, mental e social, revelando a importância da saúde mental.

A saúde mental, de acordo com a OMS 2005 é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade” (Morais, Amparo, Fukuda & Brasil, 2012).

O século XXI afigura-se como a era das perturbações psiquiátricas, pelo que cada vez mais a noção de bem-estar e de manutenção da saúde mental surgem como uma área prioritária para o desenvolvimento da pessoa e da comunidade, pelo que se tornam importantes a elaboração de ações de promoção da saúde nas suas várias dimensões (Afonso, 2015).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) os fatores que influenciam a saúde das pessoas são vários e são habitualmente designados por determinantes da saúde, que englobam a residência, o meio ambiente envolvente, o estilo de vida, a genética, a educação, o nível socioeconómico ou a rede social entre outros.

Um dos aspetos mais importantes a ter em conta nas atuais políticas de saúde na área das promoção da saúde são os estilos de vida que englobam aspetos importantes como a alimentação, atividade física, sono, gestão de stress ou tabagismo. Esta importância está relacionada com a obtenção de ganhos em saúde ao ter um papel preventivo nas doenças crónicas não transmissíveis (DGS, 2018). Neste sentido a importância de

promover a literacia em saúde faz com que fiquem capacitadas a tomar decisões de forma consciente e informada.

As ações efetuadas a nível nacional visam “reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial” (DGS, 2004, p.6).

Assim, de acordo com a DGS (2018) os principais itens a ter em conta nas ações de promoção de estilo de vida saudável são: **Alimentação Saudável** com diminuição do consumo de sal, açúcar e gorduras, dando preferência aos estufados, cozidos a vapor ou grelhados; **Hidratação adequada**, ingerindo cerca de 1 litro e meio de água, evitando o consumo de bebidas açucaradas e/ou bebidas alcoólicas podendo usar em alternativa águas aromatizadas; **Atividade Física** através de caminhadas ou outro exercício considerado agradável, sendo um momento propício para a interação com a família ou amigos; **Gestão do Stresse**, através do planeamento do dia-a-dia; **Higiene do Sono** através do estabelecimento de hábitos de sono, para que haja o sentimento de que dorme o número de horas suficiente e com qualidade. Outros aspetos como o evitar o consumo de tabaco, não consumo de drogas e o controlo do peso também são importantes para a manutenção de um estilo de vida saudável.

A importância da literacia em saúde visa que as pessoas adotem comportamentos em saúde que resultem da combinação de conhecimentos, práticas e atitudes que as motivem a ter comportamentos que preservem a sua saúde (Figueiredo, 2015). Assim, o estilo de vida é um conjunto de decisões individuais, em que existe apenas algum controlo individual (Figueiredo, 2015).

De acordo com o mesmo autor a pessoa adquire hábitos como o uso de álcool, drogas entre outros que são influenciados pelo processo de socialização. Desta forma os estilos de vida são influenciados por condições económicas, políticas, sociais, culturais e educacionais.

Um estilo de vida saudável diminui o stresse, reflete-se num padrão equilibrado de sono e pode prevenir doenças mentais como a depressão e perturbações de ansiedade. A iniciativa Setembro Amarelo aborda a necessidade de implementar estratégias para melhorar a qualidade de vida, que para além das referidas para estilos de qualidade de vida englobam o relaxamento, meditação ou terapia pela arte.

As pessoas com doença mental por vezes apresentam dificuldades em executar um estilo de vida saudável, pelas próprias características de isolamento social, pelo aumento do apetite que resulta de alguma medicação e alguns estudos referem que existe um aumento da obesidade em doentes esquizofrénicos (Simonelli-Munõz, 2010). Um dos outros fatores referidos pelo mesmo autor é o consumo de tabaco, assim como o facto de esta população não ter atividade laboral ou qualquer atividade física.

Desta forma, e de acordo com a necessidade identificada no estágio final planeou-se a seguinte sessão.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Estilos de Vida Saudável

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Promover estilos de vida saudável as pessoas em hospital de dia e reabilitação aumentando a literacia em saúde	
Objetivos específicos	Conteúdos
Promover a interação social	Promoção da interação social
Identificar dificuldades em relação à manutenção de estilos de vida saudável das pessoas do hospital de dia e reabilitação	Identificação de dificuldades em relação à manutenção de estilos de vida saudável das pessoas do hospital de dia e reabilitação
Enumerar as diferentes componentes dos estilos de vida saudável	Enumeração das diferentes componentes dos estilos de vida saudável nomeadamente alimentação, exercício físico, evitar consumos de substâncias nocivas ou psicoativas, promoção do bem-estar.

Metodologia: Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e brain-storm.

Recursos:

Quadro branco e marcador

Folhas brancas e canetas

Duração: 5 minutos de apresentação

40 minutos de desenvolvimento

10 minutos avaliação

Avaliação: Elaboração de síntese, por escrito, por parte dos participantes.

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece – Uma introdução à psiquiatria e à Saúde Mental*. Cascais: Principia.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). *Estilos de Vida Saudável*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>
- Figueiredo, J. (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida indicadores de risco epidemiológico avaliação de estados de saúde e doença. *Tese de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Ciências Biomédicas*. Universidade de Coimbra. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20sa%C3%BAde_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf
- Morais, C.; Amparo, D., Fukuda D & Brasil, K. (2012). Concepções de saúde e doença mental na perspetiva de jovens brasileiros. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 369-379. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/04.pdf>
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Simonelli-Munõz, A. (2010). La obesidade en pacientes com Transtorno Esquizofrénico. In Sequeira, C. & Sá, L. (2010). *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

APÊNDICE III –TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS: COMUNICAÇÃO

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de abordar a “Comunicação” como ferramenta fundamental no treino de competências sociais.

O treino de competências sociais encontra-se planeado para as 3ªs feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do HD e reabilitação de Psiquiatria. As mesmas visam a “promoção de capacidades de relacionamento social, permitindo a cada indivíduo refletir sobre o modo de se relacionar com os outros e encontrar alternativas adequadas às situações (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de Dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016, p. 11). De acordo com a mesma fonte é ainda possível analisar os comportamentos verbais e não-verbais sendo usados jogos ou outras atitudes terapêuticas; estas sessões são realizadas por enfermeiro e terapeuta ocupacional.

A comunicação tem sido um tema transversal nos no contexto do estágio, tendo sido referida como uma dificuldade para a maioria das pessoas com doença mental, por não saberem o que dizer, como falar com o outro ou como se movimentar. Tendo em conta que não se pode não comunicar e que esta é a base da interação social, considerou-se pertinente abordar esta problemática no contexto da interação social.

Comunicar provem do latim e significa “por em comum” “entrar em relação com” (Sequeira, 2016). É inerente à condição humana e é um processo permanente inevitável e social. “A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa existência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura” (Sequeira, 2016, p.3).

A ação do enfermeiro está centrada nos cuidados de enfermagem baseado nas relações interpessoais, e o relacionamento humano é uma forma de cuidar, pelo que este profissional de saúde deve possuir habilidades de comunicação (Mendes, 2006).

Chalifour (2008) refere que, para que se estabeleça uma comunicação eficaz é necessário adotar atitudes de compreensão empática, de respeito, de autenticidade, articulando os seus conhecimentos teóricos com a prática. A comunicação é fundamental no exercício da profissão de enfermagem, auxiliando na identificação de problemas através da capacidade de entender usando o diálogo e a comunicação não-verbal (Sequeira, 2016).

A comunicação terapêutica surge como um conjunto de intervenções terapêuticas efetuadas de forma autónoma ou complementar que tem um potencial de recuperação terapêutica, visando a resolução de problemas e um melhor relacionamento consigo próprio e com os outros, para que se adapte melhor a uma situação de saúde (Sequeira, 2016).

Num estudo efetuado por Coelho e Sequeira (2014) os enfermeiros consideraram que a comunicação terapêutica engloba uma série de características que são: “atender à individualidade da pessoa; contribuir para a melhoria da prática de enfermagem; responder às verdadeiras necessidades de saúde; aumentar a eficácia da

relação terapêutica; possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções” (p.34).

Neste sentido os enfermeiros caracterizam a comunicação terapêutica como fundamental e estando presente em inúmeras intervenções e não apenas nas de cariz psicoterapêutico (Coelho & Sequeira, 2014).

O processo de comunicação inicia-se com um emissor que transmite uma mensagem que é percebida por um recetor. Este último reage à mensagem recebida emitindo uma resposta, sendo as mensagens transmitidas através de um canal onde o ambiente tem um papel decisivo na qualidade e resultado da comunicação (Sequeira, 2016).

Contudo, na comunicação, por vezes existe o ruído, que é uma barreira ou obstáculo que ocorre em qualquer momento do processo comunicacional alterando a mensagem ou impedindo até que ela chegue ao recetor. O ruído prejudica a compreensão e a partilha de informação (Sequeira, 2016).

A comunicação, de acordo com Phaneuf (2005) estabelece-se de forma consciente ou inconsciente, havendo dois tipos de comunicação: a verbal e a não-verbal. A comunicação verbal compreende todo o tipo de comunicação que recorre à palavra podendo ser escrita ou oral. Por outro lado, a comunicação não-verbal é essencial para a transmissão de sentimentos e emoções e engloba vários componentes que vão para além da palavra.

A comunicação não-verbal pode complementar a comunicação verbal, ou pode sobrepor-se à mesma, sendo que por vezes esta é suficiente para transmitir a mensagem sem ser necessário o uso da palavra (Sequeira, 2016). Este tipo de comunicação engloba gestos, postura, expressões faciais, olhar, sorriso, silêncio, aparência física, roupa e adornos e toque.

Algumas pessoas conseguem expressar completamente as suas emoções, enquanto outras têm receio até deles próprios refletirem sobre o que sentem, pelo que as suas respostas emocionais, que englobam a comunicação verbal e não-verbal, são fundamentais para interpretar o que está a ser transmitido (Mackinnon, Michels & Buckley, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EEESMP) tem que ter habilidade de contacto, utilizando os sentidos, os gestos e a palavra, reconhecendo e interpretando o que o outro quer transmitir manifestando comportamentos intencionais como perito ou facilitador da relação. Estas atitudes com uma intenção definida dependem não só do desenvolvimento pessoal e profissional que o técnico tem, como das motivações e do seu nível de consciência quanto às razões que fundamentam as suas intervenções (Chalifour, 2008).

A duração da relação de ajuda é outro aspeto a considerar, pois é diferente a relação estabelecida num primeiro contato que aquela que decorre ao longo de meses ou anos, e com o passar do tempo o enfermeiro consegue identificar melhor muita da informação comunicada não-verbalmente.

Conhecer a pessoa implica tempo, compreensão e perícia, e para que os cuidados sejam prestados de forma individualizada é fundamental olhá-lo para além da sua doença mental em que o profissional “não é um gestor da doença, mas um suporte para o paciente gerir a sua vida face à doença” (Pereira & Botelho, 2014, p.68). As relações terapêuticas são influenciadas pela experiência do profissional e pelas atitudes e personalidade dos

enfermeiros podendo, as mesmas, desenvolverem-se de forma positiva ou deteriorarem-se com o passar dos anos (Pereira & Botelho, 2014).

A mesma fonte refere que o enfermeiro tem a capacidade de o enfermeiro criar uma ligação com a pessoa cuidada através de técnicas de comunicação particulares em que há um investimento mútuo nesta interação.

Nesta sessão pretende-se que os presentes interajam entre si e que consigam estabelecer um diálogo tendo em conta as dimensões verbais e não-verbais da comunicação pelo que após uma exposição breve sobre a comunicação, será efetuado role-play através de prática de conversas informais entre os utentes do grupo, com posterior comentário e avaliação pelos outros elementos do grupo sobre aspetos a reter e a melhorar.

O Role-play é uma estratégia metodológica contextualizada, traduzida como dramatização, permitindo aos preletores praticar a comunicação em diferentes contextos e papéis sociais e consolidar os conteúdos teórico-práticos (Rabelo & Garcia, 2015). De acordo com os mesmos autores é solicitado uma ação como se estivessem numa situação real, a desempenhar um determinado papel, que deve ser bem explicado no início da sessão para que haja um desenvolvimento de habilidades, compreenda melhor a perspetiva do outro e facilite no processo reflexivo.

Greco (2009) refere que esta estratégia possibilita a que as pessoas diminuam o medo sentido, fiquem menos cautelosas, inibidas ou com receio das consequências que possam advir dos seus comportamentos. Segundo a mesma fonte é importante que sejam esclarecidas as regras, em que um participante é colocado numa situação fictícia e outro responde como se a situação fosse real, sendo, no entanto, considerada uma dramatização. Não deve haver interferência exteriores durante o desenrolar da situação de role-play, para que, posteriormente, possa ser concretizada uma avaliação da mesma, de forma genuína.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Estilos de Vida Saudável

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral

Capacitar as pessoas integradas em hospital de dia e reabilitação de psiquiatria para uma comunicação eficaz

Objetivos específicos	Conteúdos
Identificar dificuldades em relação ao início e manutenção de um diálogo	Identificação de dificuldades em relação ao início e manutenção de um diálogo
Enumerar os dois tipos de comunicação: verbal e não verbal	Enumeração dos dois tipos de comunicação: verbal e não verbal
Promover a interação social	Promoção da interação social

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e role-play.

Recursos:

Projetor e computador

Duração: 5 minutos de apresentação

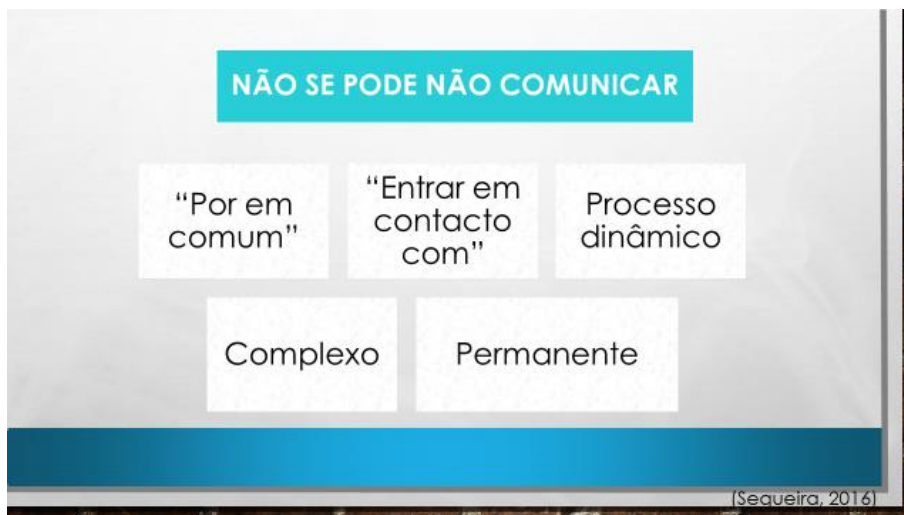
15 minutos de desenvolvimento

20 minutos role-play

5 minutos avaliação

Avaliação: Elaboração de síntese por cada pessoa, após o role-play





A COMUNICAÇÃO

"A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa existência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura" (Sequeira, 2016, p.3).



ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

Emissor- Quem inicia a comunicação

Mensagem- conteúdo da mensagem a ser transmitido

Codificação- Forma como é transmitida a mensagem

Canal- meio ou veículo pelo qual se envia a mensagem

Ruído- Barreira ou obstáculos a comunicação

Receptor- Pessoa a quem se destina a mensagem

(Sequeira, 2016)

TIPOS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação estabelece-se de forma consciente ou inconsciente

Pode ser:

- Verbal
- Não verbal

(Sequeira, 2016)

Comunicação Verbal

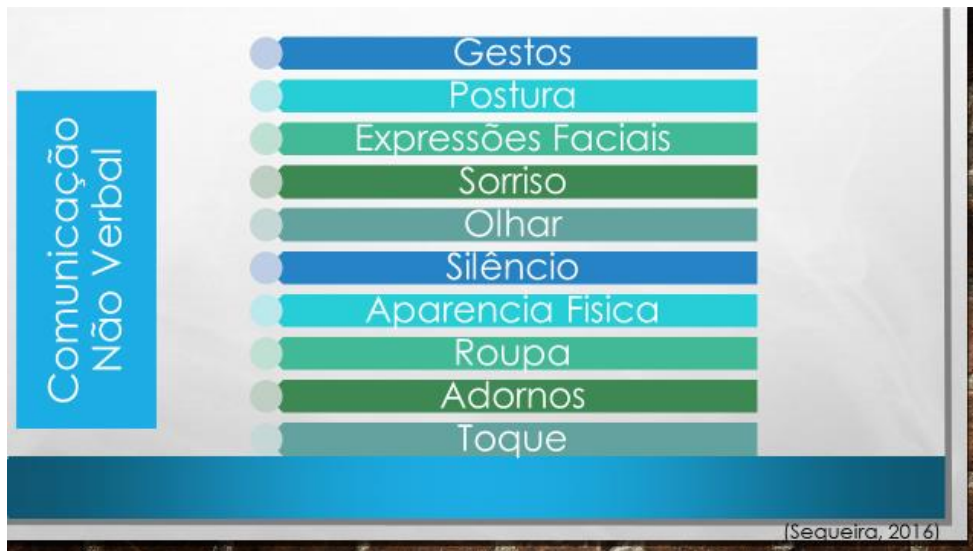
Oral

- Diálogo
- Rádio
- Televisão
- Telefone

Escrita

- Livros, Jornais e revistas
- Cartazes
- Carta, Email
- SMS
- Blogues

(Sequeira, 2016)



Referências Bibliográficas:

- Chalifour, J. (2008). *Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Como a Caracterizam os Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 11. P.31-37. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000200005
- Greco, M. (2009). Chapter X The Use of Role-Playing in Learning. Italy: University of Rome. Disponível em: <http://biblio.uabcs.mx/html/libros/pdf/9/c10.pdf>
- Mackinnon, R.; Michels, R. & Buckley, P. (2018). *A Entrevista Psiquiátrica na Prática clínica*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Mendes, J. (2006). A relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *INFORMAR*. Ano XII (36). P. 71-77. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20-%202006.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*". Loures: Lusodidacta.
- Pereira, P. & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar em Enfermagem*. 18 (2). Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel

APÊNDICE IV – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO”

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) as evidências refletem que um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono ou incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos. Esta situação, segundo a mesma fonte, origina consequências na morbilidade e mortalidade das populações.

Houve uma evolução do termo adesão ao tratamento na perspetiva dos cuidados, havendo referencia ao termo cumprimento (compliance) adesão (adherence) e manutenção (maintenance) (Antunes, 2016). Embora nesta sessão apenas se irá abordar o regime medicamentoso, a adesão ao regime terapêutico engloba, para além da componente medicamentosa, os estilos de vida, a procura de cuidados de saúde assim como comportamentos que podem melhorar a saúde (Antunes, 2016).

Existem diversas definições de adesão ao tratamento e, segundo a OE (2011), consiste na “medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados” (p. III). Este termo engloba a auto-gestão da doença e as suas consequências.

As questões relacionadas com a não adesão ao tratamento são complexas e estima-se que apenas 50% da população com doenças crónicas é que adira à medicação (Rodrigues & Prates, 2011) sendo as situações de não adesão ao tratamento responsáveis por cerca de 50% dos reinternamentos em pessoas com doença mental (Cardoso & Galera, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 2003 5 fatores que podem interferir com a adesão terapêutica que são:

- Fatores sociais, económicos e culturais: englobam a pobreza, a literacia, os custos no tratamento e crenças de saúde associadas à etnia e questões culturais;
- Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde: os dados sugerem que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa melhora a adesão à terapêutica;
- Fatores relacionados com a doença de base e co-morbididades: relacionados com a severidade dos sintomas, a evolução da doença, e a disponibilidade dos tratamentos;
- Fatores associados com a terapêutica prescrita: englobam a complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento e a ineficácia de tratamentos anteriores;
- Fatores individuais relativos ao doente: ausência de conhecimento sobre a doença, a falta de motivação e confiança no tratamento, assim como a ausência de insight.

No âmbito da saúde mental são de grande importância os fatores relacionados com as características da terapêutica especialmente a duração do tratamento e os efeitos secundários dos psicofármacos (Antunes, 2016). Em patologias como a esquizofrenia a não adesão ao tratamento está associada à falta de insight sobre a aceitação da doença (Antunes, 2016).

A OE refere que os enfermeiros são os profissionais de saúde que desenvolvem planos de gestão de regime medicamentoso e acompanhamento adequado junto das pessoas, famílias e comunidades. São eles que avaliam as dificuldades e constrangimentos planeando intervenções na promoção da adesão ao regime terapêutico (OE, 2011).

Segundo Antunes (2016) as consequências da não adesão são tão graves que justificam um investimento maior na promoção da adesão ao regime terapêutico, pois a não adesão reduz a qualidade de vida dos utentes e famílias. Barkhof *et al* (2012) refere que o uso de esquemas de medicação mais simples, e o uso de injetáveis de longa duração melhoram significativamente as taxas de adesão, assim como as intervenções cognitivo comportamentais, familiares ou integradas na comunidade que demonstraram resultados bastante positivos.

Assim, a falta de adesão à terapêutica pode resultar no agravamento do estado de saúde do doente, obrigando a prescrições posteriores de mais fármacos, envolvendo a necessidade de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos mais custosos e complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e ou despesas desnecessárias (Cabral & Silva, 2010).

Os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indiretos são a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte (Cabral & Silva, 2010). Neste sentido o controlo e aumento da adesão ao tratamento são benéficos para os sistemas de saúde pelo que, as intervenções destinadas a melhorar essa adesão constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população.

O abandono do tratamento acarreta inúmeras consequências como enumera Teixeira (2012):

- Taxas de reinternamento mais elevadas;
- Maior número de suicídios consumados;
- Má adesão à terapêutica proposta;
- Aumento da frustração dos cuidadores e médico responsáveis pelos cuidados;
- Diminuição da empatia e da qualidade da comunicação;
- Aumento dos custos de saúde.

Rodrigues e Prates (2011) referem como causas de não adesão à terapêutica:

1. Motivos Práticos Extrínsecos: Esquecimento, falta de recursos económicos, “preguiça”, falta de conhecimentos, recusa em tomar a medicação e adormecer antes da hora de tomar a medicação;
2. Características dos Medicamentos: pessoa sente-se melhor e abandona a medicação, ou devido aos efeitos secundários dos mesmos; não sentirem melhoras ou que o tratamento não é eficaz, duvidar da eficácia do tratamento, esquema complexo;
3. Relação entre profissional de saúde e utente: esclarecimento de dúvidas ou falta de confiança no médico.

É fundamental que as pessoas se sintam verdadeiramente confiantes para colocarem as suas dúvidas acerca da medicação e estarem devidamente informados dos efeitos secundários possíveis, de modo a evitar um abandono de medicação precoce.




2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2019
ESTÁGIO FINAL

Benefícios da Medicação no Controlo da Ansiedade

Hospital de Dia e Reabilitação de
Psiquiatria

Enfermeira Ângela Elias (170531049)
Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria Carlos Gomes



Objetivos

- Promover adesão ao regime medicamentoso dos utentes em hospital de dia e reabilitação de psiquiatria aumentando a literacia em saúde
- Promover a interação social
- Identificar dificuldades em relação à manutenção do regime medicamentoso dos utentes em hospital de dia e reabilitação
- Enumerar os diferentes tipos de psicofármacos
- Referir as causas de não adesão ao regime medicamentoso
- Enumerar as consequências da não adesão ao regime medicamentoso




Adesão ao Regime Medicamentoso

- “Medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Tipos de Psicofármacos

- Antidepressivos
- Antipsicóticos
- Estabilizadores de Humor
- Ansiolíticos e Hipnóticos


(Harrison, Geddes & Sharpe, 2006)



Antidepressivos

- Usado principalmente nas perturbações depressivas
- Podem ser usados em transtorno de ansiedade, perturbações alimentares
- Início do benefício do tratamento entre 4 a 6 semanas
- Uso prolongado diminui a probabilidade de recidivas
- Existem vários tipos de antidepressivos
- Os mais usados são os SSRI
 - Baixo nível efeitos secundários
 - Boa tolerância
 - Segurança
 - Uso simples – doseamento simples, dose inicial eficaz


(Harrison, Geddes & Sharpe, 2006)



Antipsicóticos

- Tem um efeito genérico sobre sintomas psicóticos positivos e negativos
- Existem 2 tipos
 - Típicos (1ª geração)
 - Atípicos (2ª geração)
- Risco de recaída maior nos 3 meses após suspensão do antipsicótico
- Suspensão abrupta pode precipitar crises severas
- Efeitos Secundários ExtraPiramidais

(Harrison, Geddes & Sharpe, 2006)



Estabilizadores de Humor

- Previne mudanças abruptas de Humor
- São também usados como Anti-epiléticos e anticonvulsivantes
- Alguns estabilizadores de humor requerem doseamento sanguíneo

Hipnóticos e Ansiolíticos

- Usados para o controlo da ansiedade
- Usados para indução do sono
- Benzodiazepinas são as mais conhecidas, podem causar dependência


(Harrison, Geddes & Sharpe, 2006)



Causas da Não Adesão ao regime Medicamentoso

Esquecimento	Falta de recursos económicos	"Preguiça"	Falta de conhecimentos
Recusa em tomar a medicação	Adormecer antes da hora de tomar a medicação	Pessoa sente-se melhor	Efeitos secundários
Duvidar da eficácia do tratamento	Falta Insight	Esquema complexo	Falta de Confiança no Médico

(Rodrigues e Prates, 2011)



Consequências da Não Adesão ao Regime Medicamentoso

- Taxas de reinternamento mais elevadas;
- Má adesão à terapêutica proposta;
- Diminuição da empatia e da qualidade da comunicação;
- Aumento dos custos de Saúde

Rodrigues e Prates (2011)

Referências Bibliográficas

- Antunes, R. (2016). *Promoção da Adesão Terapêutica na Pessoa com Doença Mental*. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em:
- Barkhof *et al* (2012). "Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – A review of the past decade". *European Psychiatry*, 27, 9–18.
- Cabral, M. & Silva, P. (2010). Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, L. & Galera, S. (2009). Doentes Mentais e Seu perfil de Adesão ao tratamento Psicofarmacológico. *Revista Escola Enfermagem USP*. 43(1):161-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf>
- Harrison, P.; Geddes, J. & Sharpe, M. (2006). Guia Prático Climepsi de Psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Catálogo Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Rabelo, L. & Garcia, L. (2015). Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica* 39 (4) : 586-596. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n4/1981-5271-rbem-39-4-0586>
- Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentoso. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Resumo_Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha_1.pdf
- World Health Organization (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Teixeira (2012). Avaliação dos Motivos Subjacentes e identificação de factores preditivos de drop out de doentes psiquiátricos. *Acta Med Port*, pp. 408-413.

APÊNDICE V – SESSÃO PARA FAMÍLIAS “DIGNIDADE – EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES”

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planejar uma sessão de educação para a saúde dedicada às famílias dos que estão integrados em HD sobre o tema “Dignidade- Experiências e Vivências dos Familiares”.

No planeamento do hospital de dia e reabilitação de psiquiatria estão previstas a realização de reuniões com a família na última quinta-feira de cada mês, com temas que envolvam as necessidades identificadas. No entanto, devido às comemorações da semana da saúde mental, em que o dia mundial da saúde mental se comemora a 10 de outubro, houve a necessidade de incluir as famílias nas atividades desenvolvidas, e foi planeada uma sessão para dia 9 de outubro das 10 às 12:30 horas.

O conceito de família tem sofrido várias alterações ao longo do tempo, de acordo, não só com a época, mas também com a cultura em que a pessoa está inserida, sendo originalmente o lugar onde o homem se encontra incluído pelo nascimento ou adoção. É na família que ocorre o desenvolvimento, através das experiências vividas, a personalidade e o carácter (Maluf, 2010).

Antigamente, a família era considerada tradicional formando-se a partir de um casamento, no entanto, com a evolução da sociedade o conceito de família foi-se adaptando de forma a respeitar as diferenças intrínsecas dos seres humanos. Assim, este conceito passou a abranger qualquer grupo de pessoas que tenham ligações de confiança, suporte mútuo e destino comum e não apenas os que tenham laços de sangue (Maluf, 2010). Segundo Dias (2011), o conceito de família é relativo, não absoluto e qualquer definição deste conceito é considerada incompleta e condicionada pela sociedade.

A família é considerada a primeira prestadora de cuidados, podendo ser fonte de stresse ou de apoio, pelo que está intrinsecamente envolvida no processo de saúde/doença como uma importante fonte de suporte quer no domicílio, quer quando a pessoa se encontra institucionalizada (Oliveira, 2009).

De acordo com Gomes (2015) as famílias que têm alguém com doença mental experienciam sentimentos de sofrimento que tem repercussões no seu funcionamento e desenvolvimento. São importantes intervenientes nos cuidados à pessoa, no entanto este papel acarreta uma sobrecarga tanto física como emocional havendo, muitas vezes, necessidade de mudanças profundas na dinâmica familiar.

A mesma autora refere que os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção da saúde das famílias, o que vai de encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP).

Assim a OE (2018) menciona que é importante o desenvolvimento de uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial. “As intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo

evitar o agravamento da situação e a desinserção social, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (OE, 2018, p.1).

Num estudo efetuado por Gomes (2015) as famílias demonstraram dificuldades no contato com o familiar com doença mental resultante da falta de informação relativamente à doença, das suas causas e da falta de apoio para lidar com a pessoa com doença mental. A mesma autora aponta a necessidade de ações e estratégias para promover a saúde mental das famílias e a importância dos EEESMP investirem nessa área. Esta necessidade é sustentada pelo facto de os enfermeiros terem demonstrado competências para ajudar as famílias na relação com o utente (Gomes, 2015).

O dia mundial da saúde mental foi criado em 1992 pela federação mundial de saúde mental, no sentido de alertar todas as comunidades para esta causa comum em que o combate ao estigma e ao preconceito em torno da doença mental é um dos objetivos da comemoração deste dia. O tema do Dia Mundial da Saúde Mental para 2018 estava associado à adolescência. No entanto sabe-se que o tema para 2019 é: "Dignidade na Saúde Mental: Primeiros Socorros de Saúde Mental e Psicológica para Todos" e decidiu-se abordar o mesmo como tema central desta sessão. Este tema está associado ao facto de as doenças mentais serem cada vez mais comuns e bastante incapacitantes, e Portugal é o país europeu com maior número de casos de perturbações mentais.

A Constituição da República Portuguesa (2005) faz referência aos direitos fundamentais de cada cidadão, e a Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto o artigo 1º menciona que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”.

O conceito de dignidade é muito amplo e de difícil definição, sendo considerado um atributo humano, derivando do latim e significando virtude, honra e consideração (Lemisz, 2010). Segundo a mesma autora é considerada uma qualidade moral relacionada com o respeito por si próprio e pelos outros. Desta forma o reconhecimento e proteção da dignidade, é um direito que está preconizado na carta dos direitos e deveres dos doentes, tendo grande importância na prestação de cuidados.

Os conceitos de saúde e doença mental têm-se modificado tendo em conta as crenças culturais da sociedade, e a história da psiquiatria originou crenças em que associavam a doença mental a espíritos malignos que se apoderavam das pessoas. Neste sentido foi criada a ideia de que estas tinham que estar excluídos da sociedade (Cordeiro, 2009).

Erros e preconceitos fazem parte da história da psiquiatria e com o conhecimento científico recente desta área, foi possível a equiparação desta área com outras especialidades da medicina (Cordeiro, 2009). Contudo, a sociedade atual ainda vive associada a uma conotação negativa no que concerne a este tema. O estigma em torno do transtorno mental ainda persiste.

O exercício ético da psiquiatria é essencial na relação enfermeiro-doente, devendo o enfermeiro adotar uma postura neutra, sem preconceitos morais, reconhecendo situações potencialmente difíceis e tratá-las de forma racional (Williams, 2009). O termo ética provém do Grego “ethos” e define-se como um conjunto de valores morais e princípios que conduzem a conduta humana na sociedade (Thompson, Melia & Boyd, 2004).

A ética na enfermagem surge no campo da reflexão do agir dos enfermeiros com base na prática e nas preocupações a quem se presta cuidados (Nunes, 2004). A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais são cruciais no cuidado à pessoa que se apresenta fragilizada pela doença (Azenha, 2014).

O artigo 11º da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (2005) determina que “nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização.”

No mesmo sentido, o código deontológico do enfermeiro (2015) no artigo 99º refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (p.80), devendo o profissional ter em conta os valores universais “a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade (...) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (pp.80 - 81).

É importante refletir sobre a questão dos juízos de valor na prestação de cuidados. Na nossa sociedade existem conceitos e preconceitos associados ao doente mental, prevalecendo, muitas vezes, atitudes estigmatizantes (Sousa, Maciel, Medeiros & Vieira, 2016).

Estigma define-se como um atributo, visível ou não, que denuncia uma imperfeição no indivíduo, que o desqualifica de uma aceitação comunitária plena, resultando em atitudes discriminatórias, ou seja, é uma desaprovação social severa devido a características presumidas ou verídicas, crenças ou comportamentos, que não estão de acordo com as normas económicas, políticas, culturais ou sociais. A sociedade entende as pessoas com transtorno mental como imprevisíveis, perigosas, havendo desigualdade nas oportunidades laborais (Batista, 2013).

“O estigma da pessoa com transtorno mental permanece um assunto complexo na sociedade, culminando em efeitos nefastos nos doentes mentais, retardando ou impedindo a procura de cuidados de saúde, a instituição ou manutenção de tratamento e a sua recuperação” (Oliveira & Azevedo, 2014, p. 227).

Desde 2005, o estigma tem tido uma atenção prioritária a nível da investigação por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), pois este dificulta a prevenção de doenças mentais, a promoção do bem-estar mental e a adesão ao tratamento e cuidados eficazes, contribuindo, ainda para o abuso dos direitos humanos (OMS, 2014).

O Plano de Ação de Saúde Mental da OMS propõe uma abordagem tripartida: melhorar o bem-estar mental da população e reduzir a carga negativa das doenças mentais, com foco especial em grupos vulneráveis; respeitar os direitos oferecendo oportunidades equitativas, abordando o estigma e a discriminação; estabelecer serviços acessíveis, seguros e eficazes que respondam às necessidades mentais, físicas e sociais, e às expectativas individuais e familiares (OMS, 2014).

Apesar destas medidas o estigma continua presente constituindo um obstáculo ao correto diagnóstico e tratamento, podendo, por vezes, partir de sentimentos de impotência perante este tipo de patologia (Batista, 2013).

O estigma em relação à doença mental encontra-se presente na sociedade, nos profissionais de saúde, nas pessoas e nos familiares dos mesmos, o que dificulta a prestação de cuidados de qualidade tanto ao nível formal como informal.

As políticas atuais de saúde têm caminhado no sentido de manter as pessoas com doença mental na comunidade, por isso as famílias tornam-se cuidadores e muitas vezes não sabem como lidar com a sua nova situação podendo surgir sentimentos de culpa, sobrecarga e, até, isolamento social pelo impacto negativo e discriminação (Gomes, Martins & Amendoeira, 2011).

Os estudos consultados pelos mesmos autores sugerem que a dinâmica familiar se altera a diversos níveis sendo eles económico, sentimentos de angústia, interação familiar prejudicada, isolamento, estigma, vergonha e pouco tempo para a prática de atividades de lazer.

Existem vários modelos para a avaliação da família, quando se aborda uma família em particular, considerando o impacto causado pela doença. O modelo Calgary de avaliação familiar possibilita uma visão geral do sistema familiar, permitindo ao enfermeiro conhecer a família inserida num determinado contexto, identificando as suas necessidades e as capacidades para resolução de problemas (Wright & Leahey, 2002).

Este modelo, de acordo com a mesma fonte, é baseado em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A estrutural está relacionada com a composição da família, os vínculos afetivos entre seus membros em comparação outras pessoas avaliando a estrutura interna (composição familiar, gênero, orientação sexual, subsistemas e limites) a externa (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente. Na avaliação do desenvolvimento são avaliadas os estágios de desenvolvimento, as tarefas e os vínculos, a forma como a família é afetada por eventos previsíveis e imprevisíveis, como é o caso da doença. A avaliação funcional está relacionada com a forma como se comportam uns com os outros, baseando-se no funcionamento instrumental referente às atividades da vida quotidiana e no funcionamento expressivo, que se refere aos papéis familiares, a comunicação e a resolução de problemas. Nesta avaliação são usados recursos como o genograma e o ecomapa, para identificar de forma mais clara os membros da família, as relações familiares e as necessidades identificadas na relação com os outros sistemas (Wright & Leahey, 2002).

Os modelos de avaliação familiar servem para demonstrar a complexidade que há quando se concretizam intervenções na família, no sentido de perceber todas as relações, as alterações ocorridas perante o fator de stresse que é uma doença mental e as necessidades da mesma (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012). Neste sentido, os mesmos autores referem, a importância dos enfermeiros no desenvolvimento de processos de comunicação com fins terapêuticos, junto das famílias, para que seja possível a diminuição da ansiedade dos familiares e melhorar a relação destes com o familiar doente.

Vários estudos referem que são poucas as intervenções executadas no sentido de fornecer informações sobre como lidar com a pessoa com doença mental, pelo que os familiares desenvolvem sentimentos como insegurança (Camatta, Tocantins & Scheinder, 2016). Os mesmos autores referem que é necessário superar a exclusão dos doentes mentais e dos seus familiares, sendo desenvolvidas ações de orientação e apoio que favoreça, a compreensão da situação vivida.

Carvalho (2015) refere que a família tem uma importância substancial no tratamento e reabilitação do utente. Cada família vive a experiência da doença mental de forma única. No entanto é necessário que os profissionais de saúde estejam disponíveis para ajudar a família a encontrar o seu equilíbrio emocional, facilitando a expressão de pensamentos e vivências do quotidiano (Gomes, Martins & Amendoeira, 2011).

Neste sentido, esta sessão, pretende possibilitar às famílias das pessoas que frequentam o hospital de dia e reabilitação de psiquiatria exporem as suas vivências e dificuldades na relação, e na integração na sociedade, tendo como mote central a palavra DIGNIDADE que fará a parte central de um anagrama que será preenchido pelos familiares.

Pretende-se partir destes pontos abordando o dia mundial da saúde mental, o estigma, a convivência com a diferença, e identificar outras necessidades que possam ser abordadas em sessões posteriores.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: A dignidade – Experiências e Vivências dos familiares

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários: Familiares e Pessoas Integradas no HD

Formador: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Envolver ativamente os familiares das pessoas Integradas no HD nas comemorações da semana da saúde mental	
Objetivos específicos	Conteúdos
Abordar a dignidade como tema central da saúde mental e dos cuidados à pessoa com doença mental	Abordagem do conceito dignidade como tema central da saúde mental e dos cuidados à pessoa com doença mental
Desenvolver conceitos como estigma, dignidade, saúde e doença mental	Desenvolvimento dos conceitos como estigma, dignidade, saúde e doença mental
Promover a interação social entre as famílias	Promoção da interação social entre familiares seguidos no hospital de dia e reabilitação de psiquiatria
Promover a partilha de experiências e vivências dos familiares	Promoção da partilha de experiências e vivências sobre a adaptação familiar à doença mental de um dos elementos baseados nos temas centrais da sessão

Metodologia: Serão usados o método expositivo, interrogativo e argumentativo

Recursos:

Sala, papel de cenário, canetas

Duração: 5 minutos de apresentação, 40 minutos de desenvolvimento, 5 minutos de avaliação

Avaliação: feed back das famílias

Referências Bibliográficas

- Azenha, S. (2014). *Internamento e Tratamento Compulsivos em Pessoas com Perturbação Mental. Estudo das Atitudes Éticas*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Bioética. 2014
- Batista, T. (2013). Os Profissionais de Saúde e o Estigma da Doença Mental. Dissertação de Mestrado em Medicina- Artigo de Revisão Bibliográfica. Universidade do Porto.
- Camatta, M.; Tocantins, F. & Schneider, J. (2016). Ações de Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. *Escola Anna Nery* 20(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200281
- Carvalho, J. (2015). A Família e as Pessoa com Experiencia de Doença Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (14), 6-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a01.pdf>
- Cordeiro, J.(2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 4 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Constituição da República Portuguesa (2005), VII Revisão. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>
- Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, p. 139-156. Disponível em: http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Gomes, F.; Amendoeira, J. Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Saúde mental*. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a09.pdf>
- Gomes, M. (2015). Promoção da saúde das famílias com pessoas Doentes mentais. Tese apresentada à universidade católica portuguesa. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20093/3/Tese%20Final%20Doutoramento_Filomena%20Gomes.pdf
- Gomes, M.; Martins, M. & Amendoeira, J. (2011). As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100008
- Lemisz, I. (2010). O princípio da dignidade da pessoa humana - Reflexão sobre o princípio da dignidade humana à luz da Constituição Federal. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/5649/O-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana>.
- Maluf, A. (2010). *Novas Modalidades da Família na Pós Modernidade*. Tese de Doutoramento, não editada. Brasil: São Paulo, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-31012011-154418/pt-br.php>
- Nunes, L. (2004). Ética de Enfermagem: Percursos e Desafios. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Nº15.
- Oliveira, A. & Azevedo S. (2014). Estigma na Doença Mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 30:227-234.
- Oliveira, N. (2009). Contexto da família. *SciELO Books*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-02.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Stigma and discrimination*. Disponível em: www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination.
- Ordem dos Enfermeiros, (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em http://www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, Publicado em Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Sousa, P., Maciel, S., Medeiros, K. & Vieira, G. (2016). Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um estudo com Universitários. *SciELO Brasil*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n3/2175-3563-pusf-21-03-00527.pdf>
- Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Williams, J. (2009). *Medical Ethics Manual*. 2nd edition. Ethics Unit of the World Medical Association.
- Wright L & Leahey M. (2002). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: ROCA.

APÊNDICE VI – SESSÃO DE RELAXAMENTO

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planear uma sessão relaxamento.

As sessões de relaxamento funcionam às terças-feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação. O relaxamento prevê a redução das tensões psíquicas originando descontração muscular, proporcionando um melhor conhecimento da estrutura corporal, atingindo um estado de repouso e calma interior atenuando diversa sintomatologia (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) desenvolve “vivências conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ordem dos enfermeiros (OE), 2018, p. 21427). Neste sentido as suas intervenções contribuem para dar respostas às necessidades face aos problemas específicos associados à doença mental “tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (OE, 2018, p.21428).

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) as perturbações de ansiedade são referidas nos cuidados de saúde primários com grande frequência, sendo esse diagnóstico prevalente em 72,6 %.

O relaxamento é considerado uma técnica que ajuda na diminuição do stresse e angústia possibilitando um estado de equilíbrio e tranquilidade (Townsend, 2011). Apresenta benefícios fisiológicos que incluem diminuição da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da tensão muscular e aumento da vasodilatação (Elias, 2014).

De acordo com Townsend (2011) os enfermeiros são os profissionais indicados para ajudar a gestão do stresse. As perturbações da ansiedade são as mais comuns nos países desenvolvidos e manifestam-se através de sintomas cognitivos (dificuldades de concentração), psíquicos (pessimismo, excesso de preocupação), e físicos (inquietação, tremores, sudorese intensa) (Afonso, 2015). De acordo com o mesmo autor a ansiedade é uma reação psicobiológica básica que desencadeia um conjunto de comportamentos apropriados para superar uma situação específica. A ansiedade é geralmente considerada uma reação a um perigo ou ameaça real à integridade biológica, originando preocupações persistentes excessivas ou irreais que podem originar dificuldades de concentração, insónia, inquietação, ou tensão muscular (Elias, 2014).

O relaxamento pode produzir manifestações fisiológicas (diminuição dos níveis de epinefrina e norepinefrina; diminuição da frequência respiratória, da frequência cardíaca e do metabolismo; diminuição da tensão muscular; vasodilatação e aumento da temperatura das extremidades), cognitivas (aumento da criatividade, da memória e da capacidade de concentração) e comportamentais (diminuição da distratibilidade, postura calma e tranquila, diminuição da inquietação) (Townsend, 2011).

Assim, a principal função de uma técnica de relaxamento é diminuir a ansiedade, constituindo uma importante medida não farmacológica. Na sua utilização é importante que haja um conhecimento adequado das limitações individuais para que se adeque a melhor técnica e haja benefício como a diminuição de tensão corporal e rigidez (Willhelm, Andretta & Ungaretti, 2015)

Existem várias técnicas de relaxamento, e estas precisam ser efetuadas num ambiente tranquilo, com temperatura adequada, numa posição confortável ou com recurso a um colchão, cadeira ou cama, com roupa adequada (Borges e Ferreira, 2013).

A técnica mais antiga é a do relaxamento progressivo de Jacobson, desenvolvida em 1929, que implica a aplicação de tensão e, a seguir, relaxamento de vários conjuntos de músculos (Willhelm, Andretta & Ungaretti, 2015). Segundo estes autores este tipo de relaxamento exige que se aplique tensão em cada grupo de músculos durante 10 segundos e de seguida se proporcione o relaxamento rápido dos mesmos, alternando sensações de tensão e relaxamento. É importante que se explique à pessoa o procedimento. Esta técnica assenta na ideia de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular (Townsend, 2011).

Outro tipo de relaxamento utilizado é o da respiração profunda que é muito simples e é a base da maior parte das outras técnicas de relaxamento, em que a tensão é libertada quando os pulmões ficam cheios com a maior quantidade de ar possível. Os exercícios de respiração podem ser usados em qualquer lugar e em qualquer altura sempre que alguém se encontre em momento de tensão, pelo que apenas alguns minutos podem ser suficientes (Townsend, 2011).

O relaxamento de Schultz ou das imagens mentais consiste na utilização da imaginação no qual a pessoa idealiza que está num ambiente relaxante, tornando-se uma experiência muito própria pois o que é considerado um ambiente tranquilizador para um não será outro (Townsend, 2011).

De acordo com a mesma autora existem outras formas de atingir o relaxamento nomeadamente através da meditação, do biofeedback e do exercício físico.

Na sessão de relaxamento planeada serão utilizadas as técnicas de relaxamento: exercícios de respiração e Relaxamento Progressivo de Jacobson (retirados de Townsend, 2011).

TÉCNICA DO EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA

- Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, assegurando-se que a coluna está direita
- Coloque uma das mãos no abdómen e outra no peito
- Inspire lenta e profundamente pelo nariz
- Quando tiver inspirado o máximo possível sustenha a respiração por alguns segundos e depois expire
- Expire lentamente através da boca
- Inspire e expire novamente concentrando-se neste ciclo, tomando consciência do som e da sensação da respiração.

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

✓ Coloque-se numa posição confortável (sentado, deitado), com os braços ao lado do corpo, e se estiver sentado com os pés assentes no chão

- ✓ Feche os olhos e inspire profundamente pelo nariz e solte o ar lentamente pela boca
- ✓ Deixe que a sensação de paz desça sobre si e permaneça nesse estado por alguns minutos
- ✓ Puxe os dedos dos pés em direção ao joelho e prenda a respiração
- ✓ Liberte a tensão e a respiração
- ✓ Contraia os músculos das nádegas e das coxas
- ✓ Liberte a tensão
- ✓ Contraia os músculos abdominais
- ✓ Liberte a tensão
- ✓ Contraia os músculos das costas
- ✓ Liberte a tensão e aprecie a sensação de relaxamento e calor enquanto a tensão deixa os músculos
- ✓ Contraia os músculos das mãos, bíceps e antebraços, feche as mãos e cerre-as
- ✓ Liberte a tensão
- ✓ Contraia os músculos dos ombros e pescoço
- ✓ Liberte a tensão
- ✓ Contraia os músculos da face, enrugue a testa, franza o sobrolho, semicerre os olhos e franza os lábios
- ✓ Liberte a tensão
- ✓ Agora sinta o relaxamento no seu corpo quando a tensão sair vai sentir-se totalmente relaxado.
- ✓ Abra os olhos e aprecie a energia renovada.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas integradas no HD

Formador: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Promover sessão de relaxamento para as pessoas em hospital de dia e reabilitação aumentando a literacia em saúde	
Objetivos específicos	Conteúdos
Diminuir a ansiedade	Diminuição da ansiedade através de técnica de relaxamento
Utilizar exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento	Utilização de exercícios de respiração profunda para o início do relaxamento
Realizar relaxamento através da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson	Realização de sessão de relaxamento através da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson

Recursos:

Ginásio, Colchões

Duração: 5 minutos de apresentação

20 minutos de desenvolvimento

10 minutos avaliação

Avaliação: Testemunhos das pessoas integradas em HD em relação ao benefício das técnicas de relaxamento utilizadas

Referências Bibliográficas:

- Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece – Uma introdução à psiquiatria e à Saúde Mental*. Cascais: Principia.
- Direção Geral da saúde (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017*. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/DGS_PNSM_2017.10.18_VF_V5.pdf
- Elias, M. (2014). *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Relatório de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16277/1/Relat%C3%B3rio%20Teresa%20%2805-05-2014%29%2016h23.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, Publicado em Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- Willhelm, A., Andretta, I. & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1):79-86. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a09.pdf>

APÊNDICE VII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O SONO”

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade efetuar uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Hábitos Saudáveis de Sono e Repouso”.

As sessões de educação para a saúde e intervenção psicopedagógica estão planeadas para as 4ª feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação de psiquiatria. As mesmas visam a transmissão de conhecimentos no âmbito de temas de doença e saúde, promoção da saúde mental e estilos de vida saudável e atitudes preventivas (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016). De acordo com a mesma fonte estas sessões são planeadas pelo enfermeiro responsável ou sugeridas pelos utentes de acordo com as necessidades avaliadas/sentidas.

Com a chegada do último trimestre do ano, os dias começam a ser mais pequenos, dando lugar a períodos noturnos maiores, e no fim-de-semana de 27 e 28 de outubro ocorre a alteração horária para a chamada “Hora de Inverno”. Desta forma as atividades exteriores ficam mais reduzidas e, o anoitecer mais cedo, torna as noites muito longas. Torna-se, então, adequado abordar o tema de hábitos saudáveis de sono e repouso por forma a informar acerca dos comportamentos a adotar por forma a manter um padrão de sono regular. Assim, tendo em conta os motivos apresentados e após discussão do tema com o enfermeiro orientador, considerou-se pertinente a inclusão do mesmo em sessão de educação para a saúde.

A saúde mental está intimamente associada com a quantidade e a qualidade de sono, pois muitas doenças mentais têm sintomas de insónia ou hipersónia, havendo alterações no padrão do sono.

O sono é considerado por Pimentel (2013) como um período normal de descanso para o corpo e para a mente, existindo uma redução nos movimentos do corpo e na resposta a estímulos externos. É um processo fisiológico complexo que é influenciado por diversos fatores que são biológicos, sociais, culturais e ambientais. A qualidade do sono um importante indicador de saúde e bem-estar (Pimentel, 2013).

Todos os seres vivos dormem, pois, o sono é considerado essencial à sobrevivência. Dormir envolve um padrão de alterações dinâmicas, estando o cérebro em grande atividade em algumas fases do sono. O conceito de sono e o seu estudo têm evoluído com o passar dos anos e se, antigamente, considerava-se que o ciclo sono-vigília era apenas afetado pela luz solar, hoje sabe-se que há uma grande variedade de fatores que podem alterar os padrões de sono (Pimentel, 2013).

O ritmo circadiano é considerado o ritmo biológico humano que é influenciado pelo código genético e pelo ambiente externo influenciando as funções reguladoras como o ciclo sono-vigília, a regulação da temperatura corporal, padrões de atividade tais como comer e beber e secreção de hormonas (Townsend, 2011). A mesma autora refere que o ciclo de sono-vigília é determinado geneticamente, e é estabelecido algum tempo após o nascimento.

O estudo do sono é denominado polissonografia (Pimentel, 2013). Os ciclos de sono são representados em seis fases distintas, se for medido através dos tipos de ondas cerebrais (Townsend, 2011):

- O estágio 0- Ritmo alfa: é caracterizado por a pessoa estar relaxada e desperta com os olhos fechados;
- O estágio 1 ou ritmo beta é caracterizado por um período de sonolência;
- O estágio 2 ou ritmo teta refere-se a cerca de metade do sono, em que os movimentos oculares e a atividade cerebral são mínimos;
- No estágio 3 ou ritmo delta há um sono profundo e repousante em que todos os músculos estão relaxados, há uma diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial e da respiração;
- O estágio 4 ou ritmo delta é a fase de sono mais profundo em que os movimentos oculares e a atividade muscular são mínimos, as pessoas que sofrem de insónias muitas vezes não experienciam esta fase.
- Por último o sono REM é o movimento rápido dos olhos, no qual os olhos se mexem mais rapidamente do que quando a pessoa está acordada há um aumento da frequência cardíaca e pode haver uma oscilação na tensão arterial, estando os músculos hipotónicos.

Existem, então, duas fases principais do sono: O sono NREM (Non Rapid Eye Movement), e o sono REM (Rapid Eye Movement) que se repetem de forma cíclica durante a noite de sono. Um ciclo dura aproximadamente entre 90 e 110 minutos e repete-se de quatro a seis vezes por noite. À medida que a noite avança, verifica-se uma diminuição do sono NREM e um aumento do sono REM. Pimentel (2013) refere que as pessoas durante o sono se apresentam com um conjunto limitado de movimentos que são involuntários, automáticos e não têm um objetivo definido.

As pesquisas apontam para que os processos de memorização e aprendizagem ocorram durante o sono (Gutiérrez, 2015). Durante a fase do sono a atividade cerebral no hipocampo aumenta, ajudando a memorização conhecimentos adquiridos ao longo do dia. Assim, durante a fase REM estas regiões são reativadas, possibilitando que os impulsos elétricos do hipocampo auxiliem a deslocação dos conhecimentos recém-adquiridos para o córtex pré-frontal. Outros autores referem que durante o sono ocorre a síntese de proteínas no sentido de manter ou expandir as sinapses entre os neurónios ligados à memória e ao que foi aprendido.

As perturbações do sono-vigília, de acordo com o DSM 5, englobam 10 transtornos: insónia, transtorno de Hipersonolência, narcolepsia, transtornos do sono relacionados à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, transtornos de despertar do sono não REM, transtorno do pesadelo, transtorno comportamental do sono REM, síndrome das pernas inquietas e transtorno do sono induzido por substância/ medicamento.

Verifica-se que as pessoas que apresentam alteração no padrão do sono apresentam queixas ao nível da qualidade, duração e quantidade de sono, resultando em sofrimento e prejuízo diurnos (APA, 2014).

A mesma fonte refere que os transtornos de sono são frequentemente acompanhados por depressão, ansiedade e alterações cognitivas. Os distúrbios persistentes do sono como a insónia ou a hipersonolência são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais e perturbações causadas pelo uso de substâncias. Desta forma torna-se fundamental a intervenção nas alterações do padrão de sono para prevenir outras patologias, no entanto há que ter consciência de que estas alterações também são sintomas de outras doenças mentais.

As comorbidades podem influenciar o padrão de sono (APA, 2014). Os distúrbios cardíacos ou pulmonares (insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica), distúrbios neurodegenerativos (doença de Alzheimer) e os distúrbios do sistema musculoesquelético (osteoartrite) não afetam apenas o sono como também se podem agravar com o mesmo manifestando-se através de apneias prolongadas, arritmias ou quadros confusionais (APA, 2014).

A luz é considerada uma das características fundamentais que sincroniza o relógio biológico interno. Segundo os autores consultados, o “nervo ótico recebe estímulos luminosos que transmite ao hipotálamo e que são responsáveis pela manutenção de um ritmo de atividade, alternada com repouso, e intercalada com outras funções necessárias ao organismo” (Pimentel, 2013, p. 6).

A luz artificial, os telemóveis, redes sociais e todo o desenvolvimento tecnológico tem originado uma mudança nos hábitos de sono, não estando o mesmo associado, como antigamente, aos ciclos sono-vigília e escuro-claro (Müllher & Guimarães, 2007).

A alteração da temperatura corporal pode facilitar ou dificultar a ocorrência de sono. Nas primeiras horas do dia a temperatura corporal aumentar, facilitando a manutenção da vigília, começando a decair a partir do início da noite, e esta queda é facilitadora com a conciliação do sono (Fernandes, 2006). Na madrugada o indivíduo atinge a temperatura corporal interna mais baixa, favorecendo o sono REM. Esta queda térmica continua a verificar-se, mesmo que a pessoa se mantenha acordada durante a noite. De acordo com a mesma autora os estímulos luminosos atuam, também, na glândula pineal diminuindo a secreção de melatonina e o seu nível é mais elevado nas primeiras horas da noite, registando-se a sua diminuição à medida que a noite avança.

Zangueti (2013) menciona que a prática de exercício físico pode afetar a qualidade do sono, no entanto os estudos sobre esta relação apresentam conclusões divergentes pela dificuldade em quantificar a qualidade do sono. Refere que fatores como a idade, hábitos diários, sexo, hábitos alimentares e culturais podem alterar a qualidade do sono, não sendo apenas uma situação isolada a prática de exercício físico. Contudo a maioria dos estudos referem que os praticantes de atividade física regular, tendem a dormir melhor.

Müllher & Guimarães (2007) mencionam que os transtornos do sono afetam a qualidade de vida da pessoa ao nível das variações biológicas (cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração do humor), e da funcionalidade (aumento do absentismo no trabalho, aumento de riscos de acidentes). Esta situação pode originar consequências a longo prazo provocadas por não ter havido uma resolução do problema (perda do emprego, sequelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde).

Assim, a privação do sono acarreta vários problemas ao indivíduo entre eles, menor concentração, e memorização (Zangueta, 2013), risco de acidentes de trânsito, de doenças mentais, maior incidência de depressão, ansiedade, irritabilidade, medo, raiva, tensão, instabilidade emocional, desatenção, problemas de conduta, uso de álcool e de outras drogas, ideação ou tentativa de suicídio, fadiga, falta de energia, dores de cabeça e de estômago e pior saúde (Müllher & Guimarães, 2007).

Os mesmos autores referem que o sono está intrinsecamente ligado à qualidade de vida, pois se uma pessoa estiver, por exemplo, desempregada a preocupação presente perante essa situação vai influenciar o sono. Por outro lado, se uma pessoa tiver uma perturbação de sono, isso vai influenciar o rendimento laboral.

Para Pimentel (2013) embora o conhecimento acerca dos padrões de sono tenha evoluído bastante ainda é difícil explicar com rigor quais as principais funções do sono para o organismo.

Zangueta (2013) enumera algumas estratégias para manter uma boa higiene do sono que são:

- 1 – Manter regularidade no número de horas dormidas (varia de pessoa para pessoa)
- 2 - Criar uma rotina, tentando manter o horário tanto de deitar como de acordar (se não dormir o suficiente à noite as sextas durante o dia vão potenciar a alteração do ritmo circadiano)
- 3 - Evitar consumir, antes de dormir, bebidas alcoólicas ou estimulantes (caféina ou teína).
- 4 - Realizar atividade física regular, (evitar nas 3/4 horas antes de dormir, pois a produção de adrenalina podem dificultar o sono)
- 5 – Manter um ambiente propício ao sono que permita relaxar o corpo e a mente, reduzindo a luz e com silêncio.
- 6- Jantar moderadamente em horário regular adequado.
- 7 - Evitar assistir televisão.
- 8 - Tomar um banho quente antes de dormir.
- 9 - Praticar uma atividade relaxante, antes de se deitar: ler, ouvir música calma, técnicas de meditação ou relaxamento através da respiração.
- 10 - No caso de não conseguir adormecer 30 minutos depois de se deitar, o melhor é levantar-se fazer uma atividade relaxante que o ajude a relaxar até sentir sono.

O primordial é, após uma noite de sono, se sentir descansado e disposto para executar as atividades do dia vindouro.

Esta sessão pretende usar o recurso a um folheto concretizado para o efeito com o objetivo de ser lido pelas pessoas integradas em hospital de dia, e façam comentários acerca do tema. A minha função será a de moderadora, facilitando a partilha e experiências, promovendo a centralização no tempo e esclarecendo dúvidas que surjam.

Assim pretende-se que as pessoas partilhem a sua experiência e as dificuldades relacionadas com o sono para que possam adquirir conhecimentos e estratégias necessárias e as coloquem em prática.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Hábitos saudáveis de sono e repouso

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar os doentes de conhecimentos acerca de hábitos saudáveis de sono e repouso.	
Objetivos específicos	Conteúdos
Identificar fatores que favorecem os problemas de sono	Identificação dos fatores que favoreçam os problemas de sono
Enumerar estratégias para a manutenção de hábitos saudáveis de sono e repouso	Enumeração de estratégias para a manutenção de hábitos saudáveis de sono e repouso
Promover a interação social	Promoção da interação social
Promover a leitura	Promoção da leitura e interpretação de texto

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e role-play.

Recursos:

Sala com cadeiras

Folheto criado para a sessão

Duração: 5 minutos de apresentação

30 minutos de desenvolvimento

5 minutos avaliação

Avaliação: Elaboração de síntese por cada pessoa integrada em HD

No caso de não conseguir adormecer 30 minutos depois de se deitar, o melhor é levantar-se fazer uma atividade relaxante como ler, ouvir uma música relaxante, até sentir sono.

O primordial é, após uma noite de sono, se sentir descansado e disposto para realizar as atividades diárias.

Tenha em mente
que aquilo que faz
durante o dia
também afeta o seu
sono à noite.



Realizado Por: Ângela Elias (170531049).
2º Mestrado Em Associação de Enfermagem



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Hospital de Dia e
Reabilitação de Psiquiatria
Unidade de Portimão



HÁBITOS SAUDÁVEIS DE SONO E REPOUSO

A saúde mental está intimamente associada com a quantidade e a qualidade de sono.

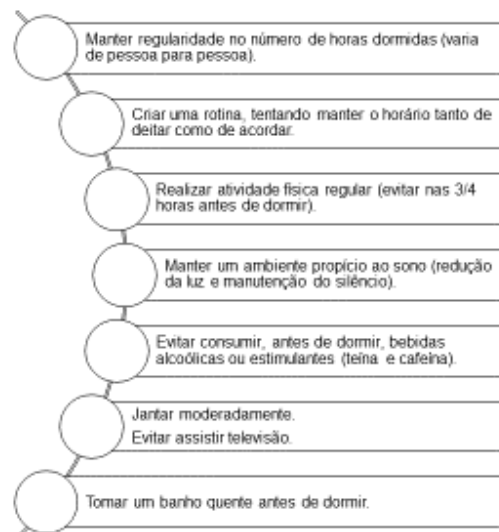
O Sono...

O sono é considerado um período normal de descanso para o corpo e para a mente, existindo uma redução nos movimentos do corpo e na resposta a estímulos externos. É um processo fisiológico complexo que é influenciado por diversos fatores sendo eles biológicos, sociais, culturais e ambientais, sendo a qualidade do sono um importante indicador de saúde e bem-estar.

Consequências da Privação do Sono:

- Cansaço
- Fadiga
- Falhas de memória
- Dificuldade de atenção e de concentração
- Hipersensibilidade para sons e luz,
- Taquicardia
- Alteração do humor
- Funcionalidade (aumento do absentismo no trabalho, risco de acidentes)
- Risco aumentado de desenvolvimento de doenças mentais como depressão e transtornos de ansiedade
- Irritabilidade
- Medo
- Raiva
- Tensão
- Instabilidade emocional
- Uso de Álcool ou drogas
- Dores de Cabeça

Estratégias para Hábitos Saudáveis de Sono e Repouso



Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. *DSM-5*. Porto Alegre: Artmed editora. (Tradução: Maria IMs Corria Nascimento, Paulo Henrique Machado, Regma Machado Garcez, Rêgis Pizzato e Sandra Maria Mallmann da Rosa)
- Fernandes, R. (2006). O sono Normal. *Medicina*. 39(2). P. 157-168. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/372/373>
- Gutiérrez, A. (2015). Saúde Mental e Qualidade do Sono em Pessoas com Transtornos Mentais. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6021.pdf>
- Müller, M. & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 24(4). P. 519-528. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>
- Nunes, N. (2011) *Sono e Qualidade de Vida*. Disponível em: http://www.areadetreino.com.br/noticias_det.asp?cod=609
- Pimentel, S. (2013). Promoção da Literacia sobre Hábitos de Sono Saudáveis em Adolescentes. *Universidade de Coimbra*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde. Disponível em: http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/MESTRADOS_ESEC/SANDRA_PIMENTEL.pdf
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.
- Zangueta, T. (2013). Sono e Qualidade de Vida. *Os desafios da escola pública paranaense Na perspectiva do professor, Produções Didático-Pedagógica*. Paraná. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_u tfpr_edfis_pdp_paulo_sergio_zanquetta.pdf

APÊNDICE VIII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ESTIGMA: MUDAR (PRE) CONCEITOS”

No âmbito do Estágio final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planear uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Estigma: Mudar (Pre) Conceitos”.

As sessões de educação para a saúde e intervenção psicopedagógica estão planeadas para as 4ª feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação. As mesmas visam a transmissão de conhecimentos no âmbito de temas de doença e saúde, promoção da saúde mental e estilos de vida saudável e atitudes preventivas (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016).

A escolha do Estigma vem no sentido da sessão que foi efetuada com as famílias por ocasião do dia mundial da saúde mental. Nessa sessão abordamos o tema da dignidade e surgiram muitas ideias associadas ao Estigma.

Tendo em conta que alguns comentários de algumas pessoas que frequentam o HD, são relacionados com o facto de sentirem o “peso” que a doença mental ainda tem na sociedade e da vergonha de reconhecer que têm uma doença, surgiu a necessidade dar seguimento ao tema iniciado na sessão das famílias com os utentes. Neste sentido, foi discutida a ideia com o enfermeiro orientador e verificou-se que o tema era pertinente e adequado.

Considero que sempre tive alguma sensibilidade com este tema, pois desde há 9 anos, quando iniciei o meu percurso pela psiquiatria, que os meus amigos/familiares questionavam acerca dos “maluquinhos”. Essa expressão irritava-me imenso e sempre respondia “não são malucos, são pessoas com doença mental!”. Insisti nessa resposta e os que me são mais próximos não ousam usar esse termo, ou outro semelhante, para se referirem ao meu trabalho ou aos meus utentes.

Há poucos dias questionavam-me “És enfermeira, trabalhas em que piso do hospital?” e eu respondi “no piso 0, na Psiquiatria” a pessoa arregalou os olhos e respondeu num tom depreciativo “Bom serviço esse!” e eu continuei e disse “São todos bons, todos têm dias mais difíceis que outros”. Sinceramente ainda me deixa incomodada a resposta da sociedade para com quem tem alteração da saúde mental.

Existe muita falta de sensibilidade e respeito pelas pessoas com doença mental e se conseguir, neste caminho da especialização em saúde mental e psiquiatria, sensibilizar para o sofrimento que os outros sentem enquanto doentes mentais seria muito bom. Sei que não posso mudar o mundo, mas se cada um tiver isto em mente e tentar educar os outros, respondendo adequadamente e com justificação para isso, contribuímos para esta luta do combate ao Estigma.

A sessão será dividida em 2 partes. Na primeira parte será fornecida a letra “os Loucos de Lisboa”, e será ouvida a música, dando-se oportunidade de exporem a interpretação que fazem da letra e do significado que a doença mental tem socialmente. Pretende-se que se explique os conceitos de autoestigma e estigma social e que se reflita sobre os mesmos.

Quem tem uma patologia mental ouvem muitos comentários, por vezes depreciativos, sobre eles próprios, por isso a estratégia, na segunda parte da sessão, será usar uma caixa com o nome “Mudar (Pre)Conceitos” em que no interior estejam alguns comentários sociais sobre a mesma.

O doente retira um papel com o comentário, lê-o e interpreta o que está escrito sendo que no quadro presente na sala da formação será escrito a versão positiva, encontrada pelo utente, para transformar o preconceito. Pretende-se capacitar a pessoa a conseguir também dar uma resposta assertiva e adequada quando for confrontado com uma situação de comentários depreciativos acerca da sua doença.

A doença mental ainda é vista socialmente como algo de ruim, e um dos motivos para os falsos conceitos é a baixa literacia acerca das doenças, dos seus sintomas e tratamento (Sousa, 2017).

A palavra estigma pode ter diversos significados de acordo com o contexto em que está inserida. Muitas vezes surge associada a uma marca, aquelas marcas que aparecem nas mãos de Cristo, mas também pode significar discriminação e preconceito (Bento, 2014). A mesma autora refere que este termo foi usado em 1963 por Goffman com a publicação de “Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity”.

Se recorrermos ao dicionário, surgem como resultados para sinónimo de estigma “marca infamante” ou sinal persistente que surge como característica de uma doença.

“Estigma, é o atributo ou a característica, ação ou comportamento, visíveis ou invisíveis, que permitem caracterizar o sujeito negativamente, inserindo-o automaticamente numa categoria social, sendo esta excluída à partida, tornando-se sinónimo de descrédito e desaprovação” (Bento, 2014, p. 24).

Esta desaprovação social está relacionada com a existência de crenças e comportamentos que não correspondem às normas culturais, sociais, políticas ou económicas (Sousa, 2007).

Corrigan (2004) refere que existem 4 processos sociocognitivos relacionados com o estigma, que são os indícios, os estereótipos, o preconceito e a discriminação. Este autor distinguiu estigma público de auto estigma pelo que este último se refere à baixa de autoestima e autoeficácia perante o estigma público (Sousa, 2017).

“O estigma público tem início em indícios específicos (sintomas, défices de competências sociais, aparências, rótulos, etc.) que conduzem a estereótipos (i.e., estruturas de conhecimento aprendidas sobre um determinado grupo social). No que diz respeito ao preconceito, trata-se de uma resposta cognitiva e afetiva que provoca uma reação comportamental, a discriminação. No auto estigma, o que ocorre é que as pessoas com diagnóstico tendem a internalizar as crenças que estão associadas à doença mental e passam a acreditar que têm menos valor do que as outras pessoas devido à sua condição” (Sousa, 2017, p.2).

Bento (2014) refere que o preconceito e a discriminação surgem associados ao estigma, e o preconceito é considerado uma opinião formada sem fundamento ou análise crítica anterior e devido a este preconceito as pessoas começam a tratar-se umas às outras de forma desigual, por isso o estigma também é aquilo que permite discriminar.

Neste sentido a mesma autora refere que Estigma é “uma marca, é preconceito, é discriminação, é símbolo, é ação e comportamento, é muito mais do que todas estas noções relacionadas conjuntamente. É uma vez mais uma forma de a sociedade expor desigualdade entre si” (p.25).

As pessoas com doença mental são vistas como violentas, agressivas e assustadoras. Costumam ser os “maus da fita”, são considerados falhados e ridicularizadas pelos outros (Sousa, 2017). Estes e outros

comentários fazem com que, por vezes, a pessoa até reconheça a necessidade de pedir ajuda, mas não o faça por receio de ser discriminado e de ser “rotulado” com um diagnóstico que a “classifique” como doente mental.

Desde 2005, o estigma tem tido uma atenção prioritária a nível da investigação por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), pois este dificulta a prevenção de doenças mentais, a promoção do bem-estar e a adesão ao tratamento e cuidados eficazes, contribuindo, ainda para o abuso dos direitos humanos (OMS, 2014).

O Plano de Ação de Saúde Mental da OMS propõe uma abordagem tripartida: melhorar o bem-estar mental da população e reduzir a carga negativa dos transtornos mentais, com foco especial em grupos vulneráveis; respeitar os direitos oferecendo oportunidades equitativas, abordando o estigma e a discriminação; e estabelecer serviços acessíveis, seguros e eficazes que respondam às necessidades mentais, físicas e sociais, e às expectativas das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias (OMS, 2014).

Apesar das medidas propostas pela OMS, o estigma continua presente, existindo ainda conceitos como “agressivo”, “perigoso” e “doido” que surgem associados à doença mental o que denota uma visão estigmatizante (Batista, 2013). O contacto com doentes mentais, o aumento da literacia em saúde mental, a experiência pessoal, a escolaridade e os fatores culturais são os mais influentes na perceção das perturbações mentais (Santos, 2017).

A mudança ocorre através das políticas de saúde, ao disponibilizarem recursos para ações de promoção da saúde e prevenção da doença. No entanto isso não se verifica, e os serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, atualmente, são considerados o “parente pobre” do serviço nacional de saúde por não fazerem investimento tanto nas estruturas como na investigação em comparação com outras áreas da saúde (Santos, 2017).

Corrigan & Bink (2016) mencionam que as pessoas com doença mental são menos propensas a serem observadas e avaliadas por um especialista de outra área, por não serem valorizadas as suas queixas de igual forma igual o que acarreta, como consequência, mortes prematuras.

Ainda há um longo caminho a percorrer, no entanto se houver intervenção no sentido de promover uma atitude assertiva contra o estigma associado à doença mental, incentivar as interações entre pessoas com esta patologia e a população em geral e promover os seus direitos, poder-se-á ter resultados favoráveis à redução do estigma (Santos, 2017).

O mesmo autor refere ser fundamental capacitar os doentes para encontrarem novos significados e papéis sociais valorizados como estratégia de combate ao estigma.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: “Estigma: Mudar Preconceitos”

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar as pessoas com doença mental para uma resposta assertiva e adequada quando confrontados com situações de estigma social	
Objetivos específicos	Conteúdos
Referir o significado de estigma e diferenciar os dois tipos.	Referência ao significado de estigma e diferenciação entre os dois tipos; auto estigma e estigma social
Interpretar o significado de uma música e relacioná-la com o estigma social	Interpretação do significado de uma música e relacioná-la com o estigma social
Promover a mudança das pessoas com doença mental em relação ao auto estigma e estigma social	Promoção da mudança das pessoas com doença mental em relação ao auto estigma e estigma social
Refletir sobre o autoestigma	Que a pessoa reflita sobre o auto estigma e as forma de resolver a situação.
Promover a interação social	Promoção da interação social

Metodologia: Serão usados os métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos: Quadro branco e marcador, Caixa com frases, Rádio com música

Duração: 5 minutos de apresentação

30 minutos de desenvolvimento – 1ª parte

30 minutos da utilização da caixa- Mudar Preconceitos – 2ª parte

10 minutos avaliação

Avaliação: Se as pessoas conseguiram efetuar a atividade de mudar a frase do preconceito para algo positivo, considera-se que os objetivos foram concluídos.

Palavras e frases a serem usadas na sessão

“Doidos e Malucos”

“Os Doentes Mentais não contribuem para a sociedade”

“Falam sozinhos, ouvem coisas, não conseguem conversar”

“Vivem noutra mundo”

“Não se sabem comportar”

“Só fumam e bebem café”

“São perigosos e batem nas pessoas”

“É impossível viver com um doente mental”

“Passam o dia sem fazer nada”

“Deviam estar todos num manicómio”

Referências Bibliográficas

Batista, T. (2013). *Os Profissionais de Saúde e o Estigma da Doença Mental*. Dissertação de Mestrado em Medicina- Artigo de Revisão Bibliográfica. Universidade do Porto.

Bento, M. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social*. Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/26881/1/Tese%20de%20Mestrado%20Mariana%20Bento-%20O%20Estigma%20da%20Doen%C3%A7a%20Mental%20e%20os%20Meios%20de%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20Social.pdf>

Corrigan, P., & Bink, A. (2016). The stigma of mental illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 230-234

Organização Mundial de Saúde (2014). *Stigma and discrimination*. Disponível em: www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination.

Sousa, J. (2017). O Estigma da Saúde Mental. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>

APÊNDICE IX – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “DOENÇA MENTAL E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS”

É importante ter noção de que o consumo de substâncias psicoativas inclui o consumo de tabaco, álcool e as chamadas drogas ilícitas. É um tema que se torna pertinente pelo facto de algumas das pessoas com doença mental terem tido o seu primeiro surto da doença relacionada com o consumo destas substâncias, pelo que após discussão com o enfermeiro orientador decidiu-se abordar esta temática.

“O uso de substâncias psicoactivas, vulgo drogas, é um fenómeno em permanente mudança, modulado pela cultura e estilos de vida e com incidência crescente. Os problemas associados ao descontrolo do seu consumo fazem parte do quotidiano da psiquiatria enquanto grave e incapacitante perturbação do comportamento e pelo impacto dramático na família, na comunidade e pelas repercussões sobre a saúde.” (Costa in Cordeiro, 2005, p.243).

As substâncias psicoativas conseguem mudar as pessoas no que concerne ao seu comportamento (Carlini, Nappo, Galduróz & Noto, 2001), afetam a estrutura e funcionamento do organismo (Fonte, 2003)

Quando se aborda o consumo de substâncias psicoativas é importante distinguir termos como uso, abuso, dependência e intoxicação. O uso refere-se ao consumo de substâncias que não gera consequências negativas para a pessoa; o abuso surge quando o uso da substância ultrapassa qualquer padrão social ou médico aceites e pode causar danos. A dependência é uma necessidade compulsiva ou crónica que pode gerar tensão se não for satisfeita; e a intoxicação está relacionada com um estado físico e mental de frenesim emocional ou letargia e entorpecimento (Townsend, 2011).

De acordo com Harrison, Geddes & Sharpe (2006) uma substância é usada erradamente ou abusada se causar danos físicos, psicológicos ou sociais. Os mesmos autores referem que o conceito de dependência também pode ser denominado de uso compulsivo e implica uma necessidade pela droga, seja de natureza psicológica ou física. Neste último caso, o organismo da pessoa adaptou-se à droga e apresenta sintomas quando em abstinência.

Assim, segundo os mesmos autores, a dependência física é a adaptação do organismo à presença constante de uma droga, cuja ausência provoca mal-estar físico e uma necessidade imperiosa de usar aquela droga (substância). Por outro lado, a dependência psicológica consiste num estado mental que se caracteriza pela necessidade de sentir, de modo permanente, o efeito de uma droga e por sensações de desconforto quando é privado dela.

Costa e Pombo (2017) referem que as dependências tomam uma dimensão clínica quando interferem no funcionamento psicológico, relacional e biológico da pessoa, originando sofrimento ou prejuízo para a mesma.

Quando alguém perde o controlo do consumo de substâncias surge a toxicodependência. Esta é um “desejo incontrolável de repetir a administração de uma substância psicoativa, apesar de a pessoa racionalmente poder reconhecer as repercussões deste consumo a nível psicológico, familiar, social e profissional (...) e de tentativas fracassadas de suspender ou de limitar os consumos” (Costa in Cordeiro, 2005, p. 247). Fonte (2003) refere que na toxicodependência a pessoa consome as substâncias para experimentar um efeito específico ou evitar o mal-estar da privação.

Os toxicodependentes apresentam sofrimento, e não imaginam a possibilidade de viver sem droga e vivem em função da sua aquisição, cujo grau de dependência e apetência aumenta gradualmente (Carvalho, Costa & Bucher-Maluschke, 2007).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em lícitas e ilícitas. As primeiras podem ser livremente obtidas, e algumas podem estar submetidas a certas restrições, como é o caso de alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. As drogas ilícitas são aquelas que são proibidas por lei (Nicastri, 2000; Carlini *et al*, 2001; Fonte, 2003).

Em relação aos efeitos que podem ter no organismo, os mesmos autores classificam-nas em depressoras, estimulantes ou psicoanalépticas e perturbadoras ou alucinogénicas. As drogas depressoras causam uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC, levando à diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito inicial de euforia e, posteriormente, um aumento da sonolência e englobam o álcool, barbitúricos, benzodiazepinas, opióides, solventes e inalantes. As drogas estimulantes aumentam a atividade de determinados sistemas neuronais, originando um estado de alerta exagerado, insónia e aceleração dos processos psíquicos e abrangem as anfetaminas e cafeína. As drogas perturbadoras provocam alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenómenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações e referem-se à canábis, LSD e ecstasy.

Podem ainda ser classificadas em relação à origem como naturais (cogumelos, folha do tabaco, canábis), semi-sintéticas (ansiolíticos e barbitúricos) e sintéticas (heroína e anfetaminas) (Nicastri, 2000; Carlini *et al*, 2001; Fonte, 2003).

Têm sido encontradas elevadas taxas de uso de substâncias tóxicas à data do primeiro surto psicótico, havendo evidência de um aumento do diagnóstico de perturbação psicótica relacionada com o abuso destas substâncias (Carreiro e Borrego, 2007).

A OMS refere que entre 1 a 5% das pessoas com consumos de drogas ilícitas desenvolvem dependência e, em 53,9% dos países, o álcool é responsável pela maioria dos pedidos de tratamento. O uso precoce destas substâncias origina uma maior gravidade na evolução dos consumos (Costa & Pombo, 2017). A incidência dos problemas causados pelos consumos de opiáceos e cocaína no custo global com a doença é de 0,7%. No Mundo entre 3,5 e 5,7% das pessoas entre os 15 e os 64 anos de idade usaram substâncias psicoativas ilícitas pelo menos uma vez. A canábis é a droga mais usada (3,3 a 4,4% da população) seguindo-se o uso de anfetaminas, cocaína e opiáceos.

Na avaliação das dependências têm que ser avaliadas 3 aspetos: a personalidade e as características biológicas individuais que estão associadas ao grau de vulnerabilidade da pessoa a determinada dependência; as características do objeto da dependência, como a sensação de prazer que provoca e o desconforto que a privação desencadeia; e o ambiente sociocultural que tanto pode ter um efeito contentor como multiplica as possibilidades de consumo (Costa & Pombo, 2017).

Quando existem antecedentes de consumos, há que considerar a possibilidade de um transtorno mental se estar a precipitar ou agravar. A psicose tóxica, é um exemplo disso, e é considerada um conjunto de fenómenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o uso de substâncias psicoativas e que são

caracterizadas por alucinações, ilusões, delírios e/ou ideias de referência, transtornos psicomotores e afeto anormal (Carreira & Borrego, 2007). É importante fazer um diagnóstico diferencial.

Num estudo efetuado pelos mesmos autores, em 422 doentes com sintomatologia psicótica 42% apresentavam história de consumos, 40% diagnóstico de esquizofrenia, 7,2% diagnóstico de psicose tóxica e 67,2% consumiam cannabis. Assim, existe uma percentagem elevada de doentes com sintomatologia psicótica com história de consumos. Carreira & Borrego mencionam ainda que o uso regular de canábis prediz o aumento do risco de esquizofrenia ou sintomas psicóticos.

Carlini, Nappo, Galduróz & Noto (2001) referem que o perfil de consumo atravessa 4 etapas: papel imaginário, experimentação, hábito e dependência. Inicialmente surge a curiosidade e desejo de novas experiências, buscando um prazer novo, por isso começa a consumir esporadicamente, e pode fazê-lo, também para se sentir incluído no grupo de pares. Posteriormente aumenta a quantidade, passando das drogas “leves” para as “pesadas” (obtenção novas sensações de prazer), por ter uma expectativa maior face ao efeito desejado. Na dependência há alteração nos comportamentos, com degradação pessoal e manifestações ao nível das relações sociais.

Townsend (2011) menciona que existem diversos fatores associados à predisposição para o abuso de substâncias, sendo a interação entre os elementos um determinante no aumento da sua suscetibilidade. Assim, existem fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Os fatores biológicos, de acordo com a mesma autora, incluem a genética e aspetos bioquímicos. O fator genético está associado à maior probabilidade que alguém com familiares com uma perturbação relacionada com o uso de substâncias tem de também iniciar consumos. A autora menciona que a situação do álcool é a mais evidente. A nível químico há uma hipótese que refere que o efeito do álcool será semelhante ao efeito da morfina no cérebro, podendo causar a dependência a essa substância.

Nos fatores psicológicos há as influências do desenvolvimento e fatores da personalidade. Aqueles que apresentam superegos punitivos refugiam-se no álcool para diminuir a ansiedade e aumentar sentimentos de poder e valor próprio, ajudando a controlar o pânico. As anfetaminas são utilizadas, muitas vezes, para diminuir a depressão, e os opioides para diminuir a raiva. Ao nível da personalidade, se houver baixa autoestima, depressão, comportamento passivo, incapacidade de relaxar e comunicar e personalidade antissocial há mais probabilidade de consumir substâncias psicoativas. Nestas situações os consumos de substâncias possibilitam uma sensação de alívio, proporcionando sentimentos positivos (Townsend, 2011).

A nível sociocultural há que ter em consideração os comportamentos aprendidos socialmente tais como a imitação ou a identificação com um comportamento, pois as pessoas podem adotar as mesmas ações que observaram nos familiares, tendo os pares um papel fulcral na execução de influência para consumos de substâncias. Se ocorrer uma experiência agradável após consumir uma substância é mais propensa a voltar a consumi-la. A cultura também influencia os consumos de certas substâncias, especialmente o consumo de álcool que é considerada uma forma de aceitação cultural em diversos países (Townsend, 2011).

O consumo mundial de álcool e tabaco tem aumentado exponencialmente o que, consequentemente, tem contribuído para a carga global das doenças. Estima-se que 35% dos homens e 22 % das mulheres nos países

desenvolvidos fumem. O álcool e o tabaco apresentam como semelhança o facto de serem legais e terem um acesso fácil (OMS, 2004).

O álcool tem uma elevada nocividade e mortalidade e é fator de risco de diversas doenças. É comum um toxicodependente abstinente de outras drogas iniciar consumos de álcool e depois ter consumos descontrolados para sentir o efeito de obnubilação que tinha com outras drogas (Costa & Pombo, 2017). A mulher é considerada mais vulnerável ao álcool, necessitando de ingerir quantidades menores até ficar intoxicada (Ismail, 2017).

O álcool aumenta a probabilidade de consumo de outras substâncias como canábis e cocaína. Quanto maior os consumos de álcool maior o envolvimento com o consumo de drogas. O consumo de várias substâncias psicoativas em simultâneo origina um efeito cumulativo ou complementar no cérebro potenciando o efeito do psicotrópico. Por outro lado, um efeito negativo de uma substância pode favorecer o consumo de outra no sentido de contrariar esse efeito. Ao nível de prevalência os estudos revelam que o álcool e a substância de maior permanência (Costa & Pombo, 2017).

Os mesmos autores referem que podem surgir comportamentos agressivos associados, não só ao nível do efeito desinibidor no sistema nervoso central como associado ao carácter, personalidade e socialização, normas, atitudes e valores culturais. Se a pessoa já foi exposta a um meio violento ao nível familiar ou sociopolítico ou apresenta desorganização, desestruturação familiar ou falta de controlo de impulsos também é mais propenso a ter comportamentos violentos associados ao consumo de álcool.

Estes consumos podem estar associados a um aumento de doenças físicas tais como neuropatia periférica, miopatia alcoólica, esofagite, gastrite, pancreatite, encefalopatia de Wernicke, psicose de Korsakoff, hepatite, cirrose hepática, trombocitopenia e disfunção sexual (Townsend, 2011). Para além destas consequências pode originar o delirium tremens que se caracteriza por uma síndrome confusional que pode ter associado os seguintes sintomas: tremor, agitação psicomotora, obnubilação da consciência, ilusões ou alucinações, febre, taquicardia, podendo ser mortal (Ismail, 2017).

No DSM 5 existem diagnósticos relacionados com o álcool que são: perturbação por consumo de álcool, intoxicação alcoólica, abstinência de álcool outros transtornos induzidos por álcool transtorno relacionado ao álcool não especificado.

Aliás, este manual de diagnóstico apresenta uma grande variedade de transtornos relacionados com o uso de substâncias, incluindo o uso de cafeína como a intoxicação por cafeína ou abstinência de cafeína. Outros transtornos classificados no DSM 5 incluem intoxicação e abstinência associada ao uso de canábis, alucinogénios, opioides, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, estimulantes e tabaco.

A OMS (2004) refere que um dos fatores que tem contribuído para o consumo de substâncias ilícitas é a disponibilidade de cocaína, heroína e canábis ao nível dos países, estimando-se que cerca de 200 milhões de pessoas consumam este ou outro tipo de substâncias ilícitas, sendo as do género masculino as que mais consumem. O consumo destas substâncias, principalmente a canábis, inicia-se cada vez mais cedo, e em vários estudos há uma percentagem importante de jovens com 15 anos de idade que já consumiram, pelo menos uma vez, canábis.

De acordo com a mesma fonte o consumo de substâncias ilícitas injetáveis também tem contribuído para o aumento de doenças transmissíveis, nomeadamente o vírus da imunodeficiência humana adquirida e hepatites,

contribuindo para o aumento dos anos vividos com incapacidade e mortalidade. No entanto, as substâncias lícitas como o álcool e o tabaco causam mais incapacidade que as ilícitas, constituindo um fator de risco importante nas doenças evitáveis.

As pessoas consomem substâncias psicoativas pois esperam reduzir dores, ter sensação de prazer, e sentirem-se integradas num grupo, constituindo um motivo de aceitação social (OMS, 2004). No entanto o uso das mesmas pode originar consequências a curto e longo prazo, como overdoses, existência de acidentes, dificuldades de concentração ou de coordenação motora, suicídios e problemas sociais.

A APA (2014) refere que um transtorno por uso de substâncias é caracterizado por sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos em que há uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. Nos critérios diagnósticos são apontados o baixo controlo sobre o uso da substância (normalmente a pessoa ingere quantidades maiores do que no início do consumo) a pessoa até pode manifestar desejo em reduzir a substância, mas não consegue gastando tempo útil a usá-la ou recuperar dos seus efeitos, pelo que nos casos mais graves todas as atividades diárias giram em torno do consumo da substância. Também é tido em conta o prejuízo social que resulta na dificuldade em cumprir tarefas a nível laboral, escolar ou em casa, podendo continuar o seu consumo apesar dessas consequências afastando-se de atividades em família ou passatempos a fim de estar disponível para consumir.

De acordo com a mesma fonte, nos transtornos por uso de substâncias pode colocar em risco a integridade física para conseguir a substância e apesar de estar ciente que tem um problema físico ou psicológico que pode ser exacerbado pela continuidade do uso. No entanto a questão central é que o indivíduo não consegue abster-se do consumo apesar das consequências que este comportamento acarreta para a sua vida.

Quando a pessoa tem usos frequentes de uma substância pode ficar com síndrome de abstinência quando não tem possibilidade de consumo (APA, 2014). Este caracteriza-se pela diminuição das concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos em alguém que manteve uso intenso e prolongado. Normalmente há o consumo para aliviar os sintomas da abstinência.

Os sintomas variam de acordo com a substância tornando-se mais fácil identificar os sinais fisiológicos da abstinência do álcool, opioides e com sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência de estimulantes (anfetaminas e cocaína), bem como de tabaco e *Cannabis*, costumam estar presentes, mas são menos visíveis (APA, 2014). Os sinais da privação de opiáceos incluem fraqueza, suores, dores generalizadas, cólicas abdominais, vômitos e diarreia, alterações do sono, estados confusionais; no entanto os sinais de intoxicação/sobredosagem de opiáceos englobam miose acentuada não reagindo ao foco de luz, depressão respiratória, com cianose e mesmo paragem respiratória, sonolência extrema que pode evoluir para estupor e coma, suores e vômitos.

No que concerne ao consumo de álcool a intoxicação aguda ou embriaguez ocorre quando é ingerida grande quantidade de álcool num curto espaço de tempo e as manifestações dependem das quantidades de bebida ingerida e da tolerância individual. São consideradas por Melo (2001) três fases: a fase de excitação psicomotora, a de descoordenação e a comatosa. Na primeira fase a alcoolemia entre 0.5 e 1.5 g/l de sangue ocorre desinibição, euforia superficial alternada com período de tristeza e agressividade, necessidade irresistível de falar e familiaridade excessiva, alterações da memória, do discernimento e da atenção. Na segunda fase a alcoolemia é

superior de 1.5 a 3 g/l de sangue e a pessoa pode apresentar desorganização do pensamento que leva à confusão total, sonolência progressiva, descoordenação motora, diplopia, vertigens, náuseas, vômitos e taquicardia. Na fase comatosa a alcoolémia é superior a 3 g/l de sangue e pode ocorrer coma profunda, hipotermia, hipotensão arterial e amnésias lacunares após recuperação.

O tratamento da pessoa com uso de substâncias inclui tratamento farmacológico, com terapêutica de substituição, grupos de ajuda, aconselhamento individual e terapia em grupo (Townsend, 2011), sendo que no nosso país existe o DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências cuja missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, podendo ser o tratamento em regime ambulatorio ou de internamento.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: “Doença Mental e Uso de Substâncias”

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas integradas em HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Abordar o uso de substâncias relacionando com a doença mental	
Objetivos específicos	Conteúdos
Definir conceitos gerais	Definição de droga, uso, abuso e dependência de substâncias;
Expor a classificação das drogas de acordo com a origem, legalidade e em relação aos efeitos sobre o comportamento humano;	Exposição da classificação das drogas de acordo com a origem, legalidade e em relação aos efeitos sobre o comportamento humano;
Enunciar o percurso habitual de consumo de substâncias;	Referência ao percurso habitual de consumo de substâncias
Expor os fatores relacionados com o início do consumo de substâncias;	Exposição dos fatores relacionados com o início do consumo de substâncias, os fatores protetores
Enunciar a sintomatologia de abstinência, associada aos consumos de diversas substâncias	Exposição da sintomatologia de abstinência, associada aos consumos de diversas substâncias

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos:

Computador e Projetor

Duração: 5 minutos de apresentação, 30 minutos de desenvolvimento, 10 minutos avaliação

Avaliação: Questões no Final da Sessão com Verdadeiro ou Falso



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2019
ESTÁGIO FINAL

ANSIEDADE E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Hospital de Dia e Reabilitação de
Psiquiatria

Enfermeira Ângela Elias (170531049)
Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria Carlos Gomes

OBJETIVOS

- Definir conceitos gerais;
- Expor a classificação das drogas de acordo com a origem, legalidade e em relação aos efeitos sobre o comportamento humano;
- Enunciar o percurso habitual de consumo de substâncias;
- Expor os fatores relacionados com o início do consumo de substâncias;
- Enunciar a sintomatologia de abstinência, associada aos consumos de diversas substâncias;
- Apresentar dados relativos à associação entre a doença mental e uso de substâncias psicoativas

O QUE SÃO DROGAS?



“O uso de substâncias psicoativas, vulgo drogas, é um fenómeno em permanente mudança, modulado pela cultura e estilos de vida e com incidência crescente.

Os problemas associados ao descontrolo do seu consumo fazem parte do quotidiano da psiquiatria enquanto grave e incapacitante perturbação do comportamento e pelo impacto dramático na família, na comunidade e pelas repercussões sobre a saúde.”

(Costa in Cordeiro, 2005, p.243)

Conceitos....

DROGA

“Qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (Carlini, Nappo, Galduróz & Noto, 2001, p. 11)

“Uma substância, que pela natureza química, afecta a estrutura e funcionamento do organismo” (OMS, citado em Fonte, 2003)

Conceitos....

DROGA

USO

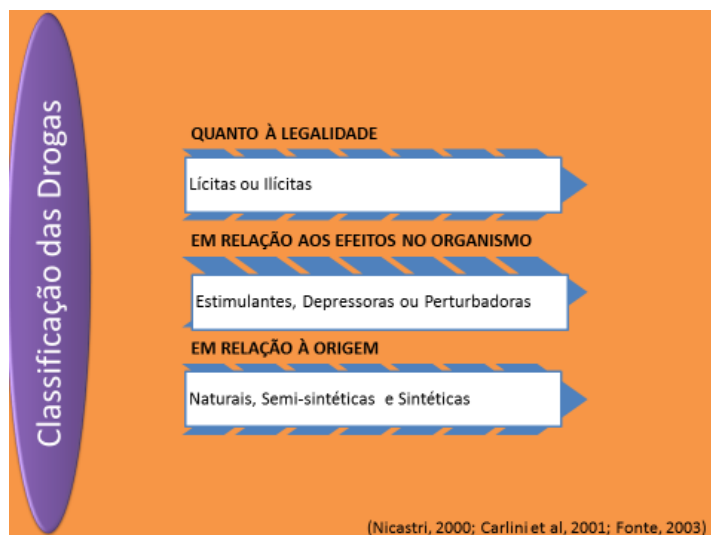
ABUSO

DEPENDÊNCIA

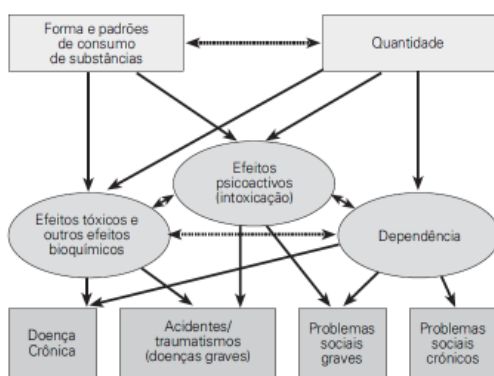
Física

Psicológica

(Townsend, 2011)



PERCURSO HABITUAL DE CONSUMO



Babor T et al. (2003) No ordinary commodity: alcohol and public policy. Oxford, Oxford University Press

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO



SUBSTÂNCIA PSICOACTIVA	EFEITOS A NÍVEL COMPORTAMENTAL	EFEITOS A NÍVEL FÍSICO
Heroína (diacetilmorfina, diamorfina)	Euforia depois sedação; Anorexia; Diminuição do impulso sexual; Hipoactividade; Alterações da personalidade.	Miose; Prurido; Náusea; Bradicardia; Obstipação; Depressão respiratória; Perturbações do sono; Hipotermia/Hipertermia.
Cocaína	Euforia; Hipervigilância; Hiperactividade; Agressividade; Agitação; Alucinação; Tendência paranóide.	Midríase; Tremor; Halitose; Secura de boca; Taquicardia; Hipertensão arterial; Perda de peso; Anorexia; Arritmias.
Cannabis (Marijuana, Haxixe, Maconha)	Inicialmente euforia depois sedação; Despreocupação; Desinteresse crescente e generalizado; Alterações perceptivas mnésicas.	Taquicardia; Hipertensão arterial; Aumento do apetite; Sede; Midríase
LSD (Dietilamina do ácido lisérgico)	Após abstinência 8 a 10 horas de flash-back; Alucinações; Ideação paranóide; Falso senso de força e de realização; Despersonalização e desrealização.	Midríase; Ataxia; Taquicardia; Hipertensão arterial; Hipertermia; Sudorese.
Anfetaminas e Metanfetaminas (ecstasy)	Euforia; Hipervigilância; Hiperactividade; Agressividade; Agitação; Impotência; Alucinação; Tendência paranóide	Midríase; Tremor; Halitose; Secura de boca; Taquicardia; Hipertensão arterial; Perda de peso; Anorexia; Arritmias.

(Adaptado de Nunes e Jóluskin, 2010 in Oliveira, 2011)



(APA, 2014)

DOENÇA MENTAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1 a 3% da população geral é afetada pela co-ocorrência de doença mental e consumo de substâncias

12% da população com doença mental sem consumos de substâncias enquanto 22% com consumo de nicotina, 30% com consumo de álcool e 45 % com consumo de drogas

Consumo de canábis aumenta em 2X a probabilidade de sofrer doença mental

45% das pessoas com consumos de drogas apresentam pelo menos uma doença mental

(Oliveira, 2011)

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. DSM-5. Porto Alegre: Artmed editora. (Tradução: Maria IMs Corria Nascimento, Paulo Henrique Machado, Regma Machado Garcez, Régis Pizzato e Sandra Maria Mallmann da Rosa)
- Carlini, E; Nappo, S; Galduróz, J. & Noto, A. (2001). Drogas Psicotrópicas- O que são e como agem. *Revista IMESC*. (3), 9-35. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT15102010183249.pdf>
- Carreiro, S. V. & Borrego, M. (2007). Psicose e Consumo de Substâncias – *Acta Médica Porto*. 20: 413:422. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/883/557>
- Carvalho, I. S.; Costa, I. & Bucher-Malusckke, J. (2007). Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. Fortaleza, Nº 1. 163-189. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27170110.pdf>
- Cordeiro, J. (2005). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (4ª ed.).
- Costa, N. & Pombo, S. (2017). Dependências in Figueira, M; Sampaio, D. & Afonso, P. (2017). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel
- Fonte, C. (2003). *Comportamentos aditivos: Conceito de droga, Classificações de Drogas e Tipos de Consumo*. Faculdade de Ciências Humanas e sociais. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/450/2/238-250FCHS04-16.pdf>
- Harrison, P.; Geddes, J. & Sharpe, M. (2006). *Guia Prático Climpesi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores
- Ismail, F. (2017). Alcoolismo in Figueira, M; Sampaio, D. & Afonso, P. (2017). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel
- Melo, M (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal.aspx>
- Nicastri, J. (2000). Drogas: Classificação e Efeitos no Organismo. Curso de Prevenção do Uso de drogas em educadores de Escolas Públicas. Brasil. Disponível em: http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/05/Livro_texto_Curso_Prevencao2014.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

APÊNDICE X – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “STRESSE, ANSIEDADE E PÂNICO”

O stresse é uma reação a uma mudança que exija adaptação ou resposta que pode ser física, mental ou emocional (Townsend, 2011). Não existe um consenso sobre qual a melhor definição, havendo uma diversidade de descrições acerca da palavra stresse. A mesma autora refere que o stresse é desencadeado por um agente stressor que “é um fator biológico, psicológico, social ou químico que causa tensão física emocional e que pode ser um fator na etiologia de diversas doenças” (p. 3).

Para Vaz-Serra (2000) o stresse faz parte da vida quotidiana e permite a aprendizagem de várias respostas adaptadas às mais variadas situações, surgindo quando não há aptidões nem recursos para ultrapassar uma circunstância havendo, geralmente, sensação de perda de controlo. O mesmo autor refere que o stresse pode ser benéfico, quando permite o desenvolvimento pessoal e limita-se a uma determinada circunstância que é ultrapassada com êxito, ou pode ser prejudicial perturbando de forma prolongada a estabilidade individual.

As circunstâncias indutoras de stresse podem ser de origem física, psicológica ou social. Podem ser originadas por acontecimentos traumáticos graves, acontecimentos significativos da vida ou situação crónica de stresse (Vaz-Serra, 2000). A gravidade que a pessoa atribui ao acontecimento vai influenciar a sua resposta (Vaz-Serra, 2000).

Perante uma situação ameaçadora a pessoa reage, normalmente, através do mecanismo de luta e fuga (Pio Abreu, 2008). Neste mecanismo desenvolvem-se alterações fisiológicas como forma de reação ao stresse, como por exemplo pupilas dilatadas, aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca, da tensão arterial, diminuição da motilidade gástrica e intestinal, aumento da motilidade do músculo da uretra entre outros (Townsend, 2011). Selye (1954) aborda 3 fases para a adaptação a uma situação de stresse, que são: estágio de reação de alarme na qual há um início das respostas fisiológicas da síndrome de luta ou fuga; estágio de resistência em que a pessoa tenta adaptar-se ao agente stressor e se isso acontecer os sintomas fisiológicos podem desaparecer e esta não passa para o estágio seguinte; e estágio de exaustão que normalmente acontece quando há uma exposição prolongada ao agente stressor, no qual a pessoa se sente esgotada e não consegue usar os recursos de adaptação ao stresse surgindo, por vezes, doenças de adaptação como doenças coronárias ou doenças mentais (Townsend, 2011).

Pio Abreu (2008) menciona que as reações que podem surgir perante uma inadequação na fase de luta são as reações paranoides, enquanto uma inadequada fuga pode originar reações fóbicas ou ataques de pânico, podendo surgir em ambos os casos reações ansiosas. Quando as situações envolvem perdas de bens e/ou pessoas há normalmente o aparecimento de síndromes depressivos.

Se ocorrer adaptação verifica-se a preservação da integridade individual ou regresso ao equilíbrio da pessoa que esteve perante uma situação de stresse (Townsend, 2011). A forma como esta reage ao stresse pode ser influenciada pelos fatores predisponentes que, segundo a mesma autora, englobam as influências genéticas, as experiências passadas e as condições existentes. Vaz-Serra (2000) indica que se a pessoa tentar encontrar uma solução para qualquer problema procurando fontes de ajuda, lutando para encontrar a solução e, se esta falhar

tentar outra alternativa, comprometer-se com os objetivos a atingir, recorrendo a métodos de relaxamento informal e mantendo convívio com outros partilhando sentimentos e ideias consegue atenuar o stress.

Neste sentido, para que ocorra uma resposta adaptativa a uma situação de stress é importante que a o desenvolvimento estratégias de coping que proteja de danos adicionais ou fortaleça a sua capacidade de fazer face a situações desafiadoras (Townsend, 2011). As estratégias adaptativas de *coping* envolvem a sensibilização, relaxamento, meditação, comunicação interpessoal ou o recurso a música.

Por outro lado, quando não se consegue resolver a situação, há uma resposta mal adaptativa, a energia começa a esgotar-se tanto física como psicologicamente havendo vulnerabilidade a doenças tanto físicas como psicológicas (Townsend, 2011).

Vaz-Serra (2000) alude que o stress pode ter como consequências a diminuição do rendimento pessoal, manifestação de comportamentos desorganizados, menor tolerância à frustração com irritabilidade fácil, diminuição da atenção, aumento da ansiedade, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, de álcool e de substâncias psicoativa ilícitas. Pode ainda originar uma alteração da perceção do ambiente e a nível laboral pode originar mais erros com consequente aumento dos acidentes e ausências ao trabalho.

A ansiedade é uma “apreensão difusa e vaga que está associada a sentimentos de incerteza e desamparo” (Townsend, 2011, p. 898). De acordo com a mesma autora os sentimentos de ansiedade são tão comuns que são quase considerados universais, nascendo do caos e da confusão que existe no mundo. Tal como o stress, níveis baixos de ansiedade podem ser adaptativos e fornecer motivação suficiente para concretizar uma tarefa, no entanto quando interfere com a capacidade da pessoa para fazer as suas atividades de vida torna-se um problema.

As perturbações de ansiedade são as doenças mais prevalentes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Afonso, 2015) pelo que a Direção Geral da Saúde (2016) refere que os níveis de consumo de ansiolíticos no nosso país são preocupantes. A mesma fonte expõe que para além de poderem mascarar a perturbação emocional que está na base do sintoma, estes medicamentos podem causar dependência e tolerância.

Afonso (2015) relata que na ansiedade há uma expectativa de que algo de mal possa acontecer, podendo essa ser ameaça real ou imaginária. Este autor refere que a ansiedade é uma reação psicobiológica básica que tem como principal função desencadear um conjunto de comportamentos no sentido de superar determinada situação. Por outro lado, Pio Abreu (2008) narra que a ansiedade constituiu uma emoção pouco diferenciada que é normalmente entendida como patológica, relacionada com o medo, mas diferindo deste por não existir um objeto ameaçador.

A ansiedade pode ser classificada em 3 graus: ligeira, moderada e grave.

A ligeira raramente é problemática e está associada à tensão do dia-a-dia preparando para a ação. Ajuda a aumentar a motivação e a produtividade possibilitando a aprendizagem e mantendo a capacidade funcional. Neste nível de ansiedade são utilizados os mecanismos de *coping* tais como dormir, chorar, exercício físico, tiques (balançar o pé, andar de um lado para o outro, bater com os dedos, roer as unhas), falar com alguém de confiança (Townsend, 2011). Assim, neste tipo de ansiedade a pessoa pode ter um aumento da sensibilidade para ruídos e do nível de alerta surgindo alguma irritabilidade e agitação.

Na ansiedade moderada o estado de alerta é menor, diminuindo a atenção e a capacidade de concentração, aumentando a tensão muscular, ainda pode ocorrer alguma aprendizagem, mas de forma diminuída (Townsend, 2011). Este grau pode originar uma incapacidade nas relações interpessoais pois o indivíduo centra-se em si e na necessidade que tem em aliviar o desconforto. Existem reações orgânicas tais como aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento do ritmo, volume e colocação da voz, sudorese intensa e desconforto gástrico.

A ansiedade grave é caracterizada pelo centrar da atenção num ou vários detalhes irrelevantes, limitando a atenção e há dificuldade em completar tarefas mesmo que simples (Townsend, 2011). Surgem sintomas como dores de cabeça, palpitações, insónias, confusão, medo, horror, aumento da frequência urinária, hiperventilação podendo surgir um desconforto de tal forma grande que todo o comportamento ocorre no sentido de diminuir a ansiedade. A pessoa concentra-se totalmente em si e na necessidade de se sentir aliviada, pelo que a aprendizagem não é possível.

De acordo com Sigmund Freud o ego é a componente da realidade associado à personalidade que gere a resolução de problemas e o pensamento racional, pelo que consoante o nível de ansiedade, assim é testado o ego e a energia disponibilizada para a gestão da ameaça (Townsend, 2011). Anna Freud identificou os mecanismos de defesa do ego como uma resposta a uma ameaça iminente, e usados de forma inconsciente ou consciente numa tentativa de aliviar a ansiedade ligeira a moderada (Townsend, 2011).

Assim alguns mecanismos do ego são: compensação (capacidade de encobrir uma fraqueza real ou entendida), negação (recusa em aceitar a situação ou os sentimentos a ela associados), deslocamento (transferência de sentimentos de um alvo para o outro, por forma a torna-lo menos ameaçador), identificação (tentativa de aumentar a autoestima através da aquisição de atributos ou características de outros), intelectualização (evitamento de expressar emoções associadas a uma situação stressante) e racionalização (tentativa de encontrar desculpas ou razões lógicas para justificar e aceitar o comportamento. Pode ainda surgir isolamento, projeção, supressão ou anulação.

O pânico, de acordo com Townsend (2011) é um nível extremo de ansiedade em que a pessoa não consegue processar o que está a acontecer e pode perder o contacto com a realidade através de alucinações ou delírios. Para além disso, não consegue concentrar-se em nenhuma atividade, podendo surgir comportamentos bizarros como medida desesperada. Há incapacidade de concentração, de entender simples orientações, há dificuldade em respirar, tremores intensos, insónia, palpitações, diaforese, palidez, descoordenação muscular, incoerência. Ocorre uma sensação de morte iminente, terror, comportamento bizarro (correr sem destino, gritos, apegar-se a alguém ou algo que representa uma segurança), a pessoa fecha-se totalmente nela própria. Pode sentir que está a enlouquecer ou a perder o controlo, que a realidade se está a alterar ou que a própria identidade se está a modificar (Afonso, 2015).

O transtorno do pânico é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes que compreendem uma sensação de medo ou mal-estar intenso com presença de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos (Salum, Blaya & Manfro, 2009). Por outro lado, Afonso (2015) refere que os ataques de pânico surgem, na maioria dos casos, de forma súbita, inesperada e sem motivo aparente sendo de curta duração podendo durar entre 15 a 30 minutos.

De acordo com o mesmo autor, após um ataque de pânico normalmente fica o receio de que volte a acontecer ficando hipervigilante, com apreensão permanente, evidenciando sensações que possam originar um novo ataque de pânico, surgindo alguns pensamentos hipocondríacos. Se a pessoa não tiver tratamento, com o passar do tempo a vida social e familiar fica afetada originando sintomas depressivos ou consumo e dependência de álcool na tentativa de controlar o mal-estar.

Os ataques de pânico aparecem, muitas vezes, associados a agorafobia que é o receio de estar em locais públicos, com muitas pessoas e onde há alguma dificuldade em sair de lá, caso seja necessário, pelo há o evitamento e isolamento social (Afonso, 2015).

Quem tem transtorno de pânico tem maiores taxas de absentismo e menor produtividade no trabalho; maiores taxas de utilização dos serviços de saúde, procedimentos e testes laboratoriais; um risco aumentado, independente das comorbidades, de ideação de suicídio e de tentativas de suicídio (Salum, Blaya & Manfro, 2009)

Num estudo consultado pelos mesmos autores verificou-se que a prevalência do transtorno de pânico é de 5%, no entanto, da amostra estudada 23% das pessoas apresentavam critérios para um ataque de pânico isolado ao longo da vida. Este transtorno é mais frequente em mulheres e inicia-se geralmente no final da adolescência ou no início da vida adulta.

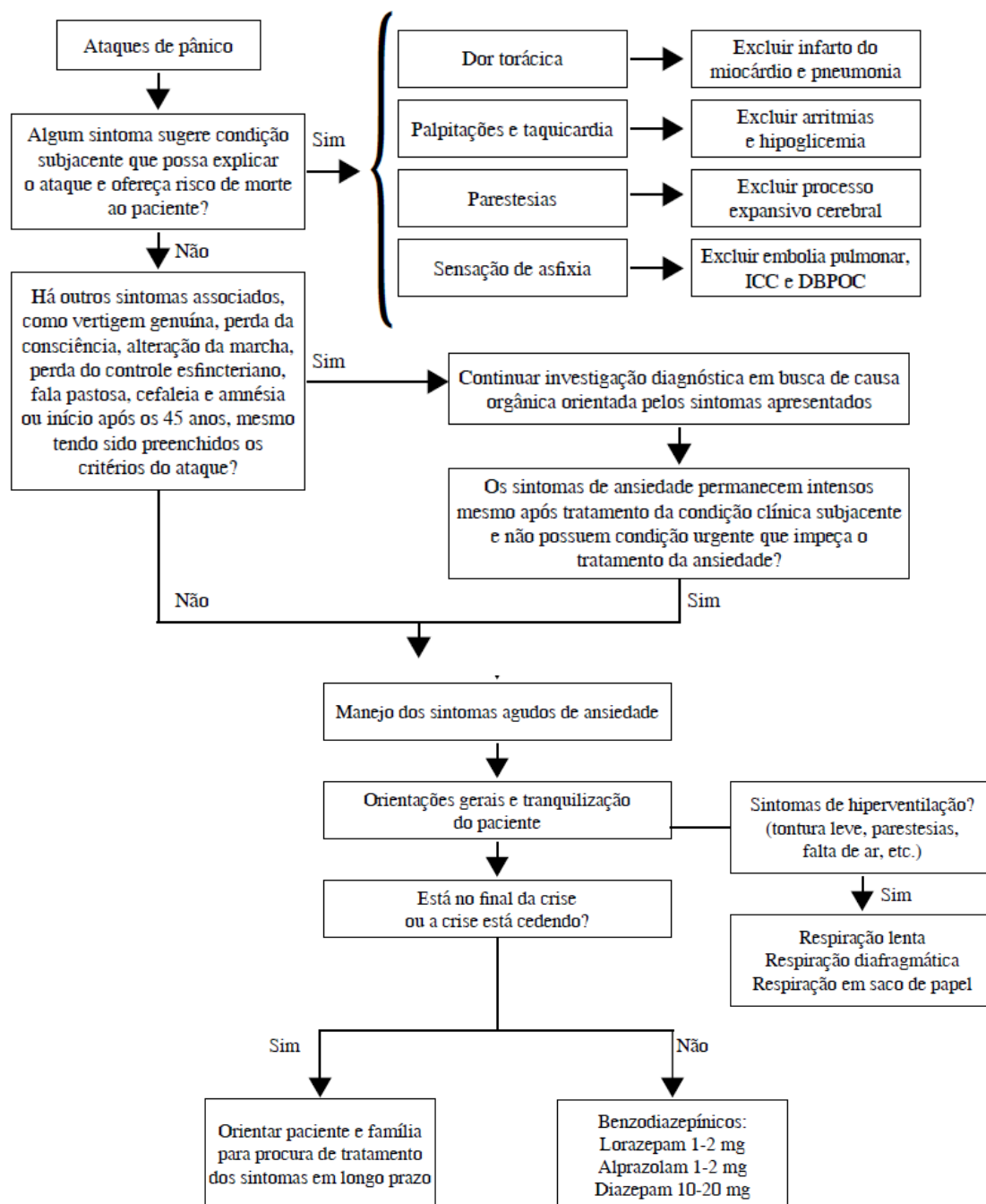
Os transtornos de pânico apresentam recaídas e agudizações frequentes associadas a eventos indutores de stresse ao longo da vida. É importante a manutenção de medicação, pois nos estudos consultados por Salum, Blaya & Manfro, (2009) as recaídas são entre 25-50%, 6 meses após a suspensão da medicação. O tratamento é executado com antidepressivos, benzodiazepinas e medidas não farmacológicas.

Nos casos de ansiedade a mudança de estilo de vida pode ser uma medida não farmacológica eficaz no sentido em que atua sobre os neurotransmissores e hormonas (como adrenalina, cortisol, endorfinas, melatonina, ocitocina e muitos outros) que auxiliam na aquisição de uma sensação de bem-estar para a pessoa. Assim podem ser úteis mudanças na alimentação, na atividade física e no sono (Serson, 2016).

Neste sentido Townsend (2011) aborda a importância da gestão de stresse que é definida como a “utilização de vários métodos pelas pessoas para reduzir a tensão e outras respostas mal adaptativas ao stresse nas suas vidas. Inclui exercícios de relaxamento, exercícios físicos, música, imagens mentais ou qualquer outra técnica que tenha sucesso para a pessoa” (p. 903).

O relaxamento é considerado uma técnica que ajuda na diminuição do stresse e angústia possibilitando um estado de equilíbrio e tranquilidade (Townsend, 2011).

Existem várias técnicas de relaxamento, e estas devem ser realizadas num ambiente tranquilo, com temperatura adequada, numa posição confortável ou com recurso a um colchão, cadeira ou cama, com roupa adequada (Borges e Ferreira, 2013).



Algoritmo para Transtorno de pânico (Salum, Blaya & Manfro, 2009, p.92).

Esta sessão será constituída pela audição de uma música sobre a ansiedade (“Estou Além” de António Variações), e cada participante terá uma página com a letra para que se analise e consigam interligar as frases com a temática da sessão.

Posteriormente será fornecido um folheto sobre o stresse, ansiedade e pânico, em que consta a técnica do exercício da respiração profunda. Tendo em conta que o controlo da respiração auxilia no controlo da ansiedade, será apresentada uma técnica que pode ser utilizada de forma autónoma pelas pessoas presentes (Townsend, 2011).

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Stresse, ansiedade e pânico

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar os utentes para o uso de estratégias no controlo do stresse, ansiedade e pânico	
Objetivos específicos	Conteúdos
Distinguir Stresse, ansiedade e pânico	Distinção do stresse, da ansiedade e pânico
Promover a partilha de sentimentos e emoções	Partilha de sentimentos e emoções interligando vivências com a música apresentada
Identificar estratégias para controlo do stresse, ansiedade e pânico	Identificação de estratégias para controlo do stresse, ansiedade e pânico
Realizar técnica de respiração profunda	Realização da técnica de respiração profunda de forma autónoma pelos utentes
Promover a interação social	Promoção da Interação social

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e ativo.

Recursos: Rádio e colunas

Páginas com letra da música e folheto

Duração: 5 minutos de apresentação, 30 minutos para ouvir a música e analisá-la, 20 minutos para leitura do folheto e 5 minutos avaliação

Avaliação: Avaliação da aquisição de conhecimentos demonstrados através da auto administração do exercício de respiração.

TÉCNICA DO EXERCÍCIO DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA

- Sente-se, fique de pé ou deite-se numa posição confortável, assegurando-se que a coluna está direita, afrouxe a roupa caso esta esteja apertada.
- Coloque uma das mãos no abdómen e outra no peito.
- Inspire lenta e profundamente pelo nariz.
- Quando tiver inspirado o máximo possível sustenha a respiração por alguns segundos e depois expire.
- Expire lentamente através da boca.
- Inspire e expire novamente concentrando-se neste ciclo, tomando consciência do som e da sensação da respiração.
- Repita o procedimento durante cerca de 5 minutos ou até sentir-se mais tranquilo e relaxado.



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Hospital de Dia e
Reabilitação de Psiquiatria
Unidade de Portimão



STRESSE, ANSIEDADE E PÂNICO

As perturbações de ansiedade são as
doenças mais prevalentes nos países
desenvolvidos e em desenvolvimento.

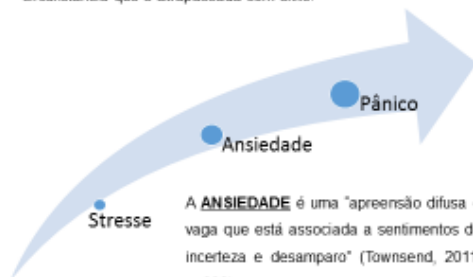
(Afonso, 2015)



Realizado Por: Ângela Elias (170531049).
2º Mestrado Em Associação de Enfermagem

O **STRESSE** é uma reação da pessoa a uma mudança que exija uma adaptação ou uma resposta que pode ser física, mental ou emocional (Townsend, 2011).

Faz parte da vida quotidiana da pessoa e pode ser benéfico, quando permite o desenvolvimento pessoal e limita-se a uma determinada circunstância que é ultrapassada com êxito.



Stresse

Ansiedade

Pânico

A **ANSIEDADE** é uma "apreensão difusa e vaga que está associada a sentimentos de incerteza e desamparo" (Townsend, 2011, p. 898).

Quando interfere com a capacidade da pessoa em realizar as suas atividades de vida torna-se um problema.

Pode ser classificada em 3 graus: ligeira, moderada e grave.

O **PÂNICO** é um nível extremo de ansiedade em que a pessoa não consegue processar o que está a acontecer.

Surgem sintomas como:

- Dificuldade de concentração e de respirar,
- Tremores intensos,
- Insónia,
- Palpitações,
- Palidez,
- Descoordenação muscular.
- Sensação que está a morrer ou a perder o controlo, que a realidade se está a alterar ou que a própria identidade se está a modificar (Afonso, 2015).



Gestão de stresse: "utilização de vários métodos pelas pessoas para reduzir a tensão e outras respostas mal adaptativas ao stresse nas suas vidas" (Townsend, 2011).

- ❖ Exercícios de relaxamento,
- ❖ Exercícios físicos,
- ❖ Música,
- ❖ Imagens mentais,
- ❖ Tomar um banho prolongado
- ❖ Fazer uma atividade que lhe dê prazer.

Referências Bibliográficas:

Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (5ªed.). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.

Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece*. Príncipia: Cascais.

- Direção Geral da Saúde (2016). *A Saúde dos Portugueses*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Serson, B. (2016). *Transtornos de ansiedade, estresse e depressões - Conhecer e tratar*. Disponível em: <https://www.gruposummus.com.br/indice/50119.pdf>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ªed.). Loures: Lusociência.
- Salum, G.; Blaya, C. & Manfro, G. (2009). Transtorno do pânico. *Rev Psiquiatr RS*. 31(2):86-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n2/v31n2a02>
- Vaz-Serra, A. (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 21 (4). P.261-278. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/192/1/A%20vulnerabilidade%20ao%20stress.pdf>

APÊNDICE XI – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA E ESTRATÉGIAS PARA TREINO DE MEMÓRIA”

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planejar uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Memória e Estratégias para Treino da Memória”.

As sessões de educação para a saúde e intervenção psicopedagógica estão planeadas para as 4ª feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação de psiquiatria. As mesmas visam a transmissão de conhecimentos no âmbito de temas de doença e saúde, promoção da saúde mental e estilos de vida saudável e atitudes preventivas (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016). De acordo com a mesma fonte estas sessões são planeadas pelo enfermeiro responsável ou sugeridas pelos utentes de acordo com as necessidades avaliadas/sentidas.

O HD e reabilitação de psiquiatria tem como finalidade estimular as pessoas a que sejam funcionais e a memória é fundamental para uma boa adaptação às exigências do dia-a-dia. Usualmente estimula-se a memória com a utilização de jogos de treino da mesma, tais como palavras cruzadas, sopas de letras ou sudoku. Nesta sessão pretende-se fazer uma interação, em que por um lado se aborde alguns conceitos associados à memória e por outro se use alguns jogos para treiná-la. Assim, no final serão sugeridas algumas estratégias para o treino da memória como síntese da sessão.

A memória, de acordo com Cordeiro (2009) é uma capacidade de reter, fixar e recordar as experiências vividas pela pessoa. Correia, Guerreiro & Barbosa (2016) referem que a memória permite a capacidade de fixar, conservar e rememorar informação, experiências e factos.

A memória implica vários processos. Inicialmente há a codificação de informação que permite que esta dê entrada e seja armazenada, transitória ou permanentemente num subsistema mnésico, posteriormente é necessária a capacidade de procurar eficazmente a informação na base de dados armazenados, e a capacidade de recuperar uma informação particular, trazendo-a à consciência, para que possa ser utilizada (Baddeley, 2009).

Habitualmente fala-se em 2 tipos de memória: a memória recente ou de fixação que consiste em assimilar informação nova, ou a memória remota ou de evocação que está relacionada com a capacidade de recordar informação ou experiências do passado. (Cordeiro, 2009).

Correia, Guerreiro e Barbosa (2016) abordam 3 fases na memória que são: a **sensorial ou imediata**, cuja duração é de apenas alguns segundos; a **primária, recente, curto prazo ou trabalho** que dura segundos a minutos e a **secundária, remota ou longo prazo** que se prolonga no tempo desde minutos a décadas.

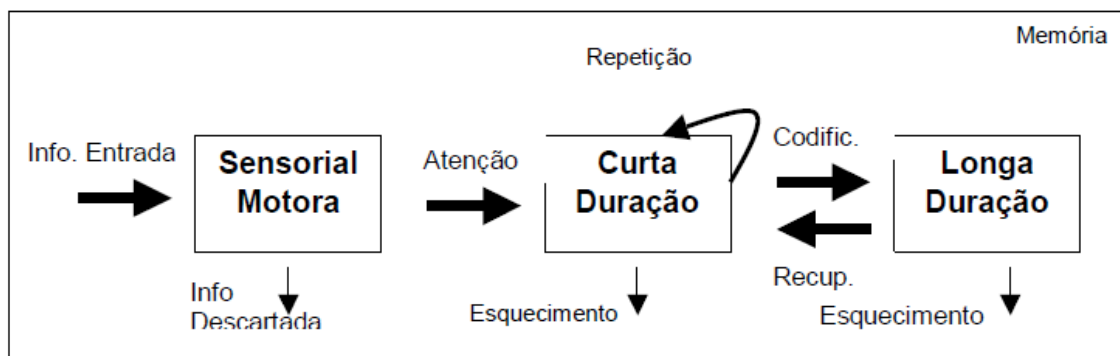
Townsend (2011) refere que a memória a curto prazo é a capacidade da pessoa se recordar de acontecimentos recentes, e vai-se deteriorando com a idade, enquanto a memória a longo prazo é aquela que está associada a acontecimentos que sucederam há muito tempo ficando preservada nos idosos.

Dividino & Faigle (2004) mencionam que a memória permite-nos identificar e classificar sons, sinais, cheiros, gostos e sensações e é capaz de reter e manipular informações que adquirimos durante nossa vida.

Estes autores aludem a existência de três processos diferentes que são responsáveis pela realização das operações ao nível da memória que são: as operações de codificação, retenção e recuperação:

- Primeiramente há o reconhecimento de padrões através da memória sensorial-motora, que atribui significado a um padrão sensorial em que a realidade é percebida pelos sentidos durante alguns segundos, e é responsável pelo processamento inicial da informação sensorial e a sua codificação.
- Posteriormente, a memória a curto prazo recebe as informações já codificadas pelos mecanismos de reconhecimento de padrões da memória sensorial-motora e retém as informações por alguns segundos ou minutos permitindo que estas sejam utilizadas, descartadas ou organizadas de forma a serem armazenadas.
- Em seguida a memória de longo prazo recebe as informações da memória a curto prazo e armazena-as, tendo uma capacidade ilimitada de armazenamento, permanecendo por tempo indefinido (Dividino & Faigle, 2004).

Os mesmos autores apresentam de forma esquemática a memória (p.2).



A memória a curto prazo possui uma capacidade limitada de informação a reter durante 15/30 segundos. Pelo facto de a duração da memória a curto prazo ser pequena a informação pode ser copiada ou memorizada a longo prazo, se isso não acontecer perde-se esse conhecimento (Dividino & Faigle, 2004). No entanto o ato de repetição da leitura (por exemplo) ajuda a fixar a informação lida, permitindo que a informação seja mantida por mais tempo na memória de curto prazo. A retenção de informações através da repetição só pode ser executada se a quantidade de informação for suficientemente pequena.

A recuperação da memória a curto prazo é feita de forma sequencial e exaustiva e embora possa haver o armazenamento de muitas informações, também pode ocorrer o esquecimento. Este é resultado de uma interferência (uma nova informação que leva ao esquecimento da anterior) ou da passagem do tempo (causada pela duração limitada do armazenamento da informação) (Dividino & Faigle, 2004).

A memória a longo prazo, de acordo com os mesmos autores, pode durar de minutos e horas a meses e décadas, possibilitando as lembranças da infância ou de conhecimentos básicos adquiridos na escola.

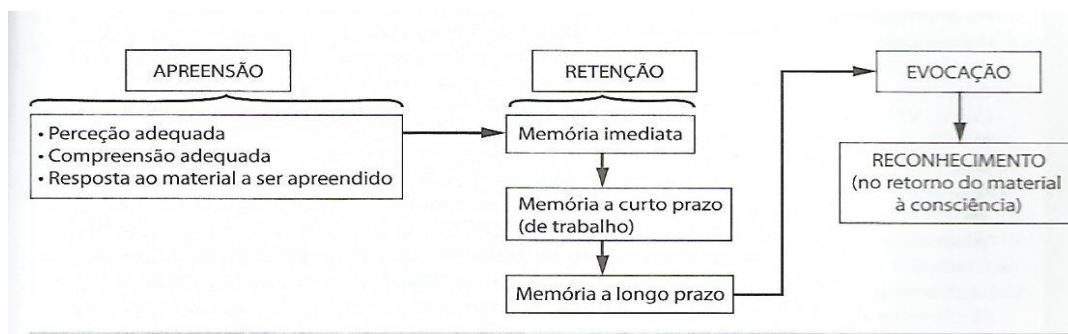
O conhecimento armazenado nesta memória afeta as percepções acerca do mundo e pode influenciar a tomada de decisão sendo responsável pelas seguintes operações: armazenamento, esquecimento e recuperação (Dividino & Faigle, 2004).

Desta forma esta memória está associada ao conhecimento da pessoa, havendo 2 tipos de memória a longo prazo: a episódica e a semântica. A primeira está relacionada com experiências individuais com um tempo ou lugar definido, enquanto a segunda consiste em informação que não está associada a um tempo ou lugar particular e inclui o conhecimento de palavras, linguagem e símbolos, os seus significados, relações e regras de uso. A memória semântica deriva da memória episódica (Dividino & Faigle, 2004).

As memórias a curto e a longo prazo estão ligadas transferindo informações continuamente de um para outro e quando é necessário.

Correia, Guerreiro e Barbosa (2016) identificam três processos de formação da memória que são: apreensão que é a capacidade de acrescentar novas memórias; a retenção que está associada ao armazenamento de memórias novas; a evocação que consiste em tornar consciente, numa determinada altura, a informação armazenada; e o reconhecimento que é a capacidade de se sentir familiarizado com uma experiência que já se encontra armazenada na memória.

Processo de formação de Memória (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2016, p. 25):



A mesma fonte classifica a memória, ao nível da modalidade cognitiva, como explícita ou declarativa que se centra em factos e acontecimentos em que a pessoa está consciente da utilização da memória e a implícita ou de procedimento na qual as memórias são obtidas de forma inconsciente e automática. Esta última memória refere-se a hábitos e capacidades que podem ser motoras, sensoriais e linguísticas como conduzir ou andar de bicicleta.

Neves (2015) menciona o conceito de memória autobiográfica como a recordação de situações pessoais específicas que pode ser especialmente difícil de recordar em populações clínicas.

Esta memória é fundamental para a “formação da identidade, na interpretação do contexto, nas relações sociais e na seleção de comportamentos para atingir objetivos” (Neves, 2015, p.X). Esta autora refere que esta

memória surge, muitas vezes, como uma forma de evitar memórias perturbadoras mas também podem estar associados a défices nas funções executivas, com a ruminação e com estratégias disfuncionais de *coping*.

Nos estudos referidos pela mesma fonte há uma tentativa de comparar as características fenomenológicas associadas à intensidade emocional e importância dada à memória autobiográfica no sentido de perceber se há alguma ligação com os comportamentos da pessoa, tendo sido esses estudos efetuados com reclusos. As conclusões foram de que os reclusos tinham menos memórias autobiográficas que o grupo de controlo, e eram maioritariamente positivas, sendo que as negativas foram avaliadas como mais perturbadoras do seu estado de humor e influentes na sua vida.

As perturbações da memória, de acordo com Cordeiro (2009) englobam as amnésias, as hipermnésias e as paramnésias. As amnésias referem-se às perdas de memória e podem ter uma causa orgânica; as hipermnésias são um aumento patológico da capacidade de recordar podendo surgir em momentos de grande tensão emocional e as paramnésias constituem distorções de memória (como falsificações retrospectivas, recordações delirantes ou confabulações) e distorções do reconhecimento (falsos reconhecimentos, percepção).

Correia, Guerreiro & Barbosa (2016) abordam as mesmas perturbações de memória no entanto dividem-nas em quantitativas (englobam as hipermnésias e as amnésias ou hipomnésias) e as qualitativas (paramnésias). Nestas últimas os mesmos autores referem que não existe perda de memória mas apenas uma distorção das mesmas, ocorrendo perturbação nas fases de evocação e reconhecimento.

Na amnésia há a “incapacidade parcial ou total de fixar manter e evocar conteúdos mnésicos” (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2016, p. 26). Pode ser anterógrada (a pessoa esquece o que aconteceu depois de um fato traumatizante), retrógrada (incapacidade de recordar situações ocorridas até determinado ponto), lacunar (não se consegue lembrar dos factos ocorridos entre duas datas) ou remota (esquecimento do passado). A nível orgânico as amnesias podem ser diencefálica (síndrome de Korsakof- não há insight e existe confabulação), hipocampal (tem insight; está associada a lesões no lobo temporal), dissociativa (perda completa de memória e da identidade, no entanto há capacidade de desempenhar comportamentos complexos e manutenção da personalidade), e catatímia (amnesia seletiva tendo em conta a carga afetiva da pessoa, ocorrendo em situações de doença como a depressão, a ansiedade ou personalidade histriónica) (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2016).

Os mesmos autores referem que nas paramnésias ocorre uma distorção ou falsificação das memórias sem que ocorra perda das mesmas. Englobam alterações de evocação e de reconhecimento.

As alterações de evocação, segundo Correia, Guerreiro e Barbosa, (2016) comportam as falsificações retrospectivas (distorção não intencional das memórias de acordo com o estado afetivo ou com a funcionalidade atuais), delírio retrospectivo (a pessoa acredita que o delírio é anterior à doença), recordações delirantes ou memórias delirantes (delírio primário), confabulações (descrição de um acontecimento de forma detalhada que alegadamente ocorreu no passado), síndrome de memórias falsas (memórias decorrentes da psicoterapia em que há memórias falsas de abuso sexual ou maus tratos), criptomnesia (pessoa contar uma história passada como se fosse nova, devido ao facto de as lembranças surgirem como novas).

Ao nível do reconhecimento as paramnésias dividem-se em delirantes e não delirantes (Correia, Guerreiro & Barbosa, 2016). As delirantes englobam a identificação errónea positiva em que os desconhecidos são identificadas como conhecidos, a identificação errónea negativa em que não há um reconhecimento das pessoas conhecidas e a síndrome de intermetamorfose na qual o sujeito acredita que alguém se transformou noutra pessoa com as suas características físicas e psicológicas. As não delirantes consistem no déjà-vu (há a sensação que já viveu determinada experiência) e jamais-vu (experiência de uma situação como se fosse a primeira vez, tendo-a vivenciado no passado).

Para que a memória se mantenha ativa é importante concretizar alguns exercícios que aumentem a capacidade de armazenar a informação tais como: Jogo das diferenças, fazer sudoku, caça palavras, dominó ou palavras cruzadas, fazer um puzzle, ler um livro ou assistir um filme e depois contar para alguém, fazer uma lista de compras, mas evitar utilizá-la durante as compras, fazer atividades estimulantes, como teatro ou dança, aulas de pintura, jardinagem ou línguas, entre outras.

Quando o cérebro não é estimulado, a pessoa tem maior probabilidade de esquecimentos e de desenvolver problemas de memória tornando o seu cérebro mais lento, não agindo com a rapidez nem com a agilidade que deveria.

A palavra memorável significa digno de ficar na memória e com esse mote será utilizado o jogo do quem quer ser milionário, mas transformado em quem quer ser memorável. Assim, pretende-se, ao recordar o jogo, abordar os temas da memória e praticar um jogo de treino de memória por forma a tornar a sessão mais dinâmica e motivadora.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Memória e estratégias para treino da memória

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Treinar a memória das pessoas integradas em hospital de dia e reabilitação de psiquiatria	
Objetivos específicos	Conteúdos
Definir memória	Definição de memória
Distinguir os 3 tipos de memória e as suas componentes	Distinção dos 3 tipos de memória (sensorial, curto prazo e longo prazo), duração e componentes
Realizar jogo de treino de memória	Realização de jogo de treino de memória
Expor estratégias para treino de memória	Exposição de estratégias para treino de memória
Promover a interação social	Promoção da Interação social

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e ativo.

Recursos: computador e projetor

Duração: 5 minutos de apresentação, 30 minutos primeira parte da sessão (Slides sobre a memória), 30 minutos (jogo de memória e estratégias de treino de memória)

Avaliação: Avaliação da aquisição de conhecimentos demonstrados através de síntese através de brain storming.

Referências Bibliográficas

- Baddeley, A. D. (2009). What is memory? In A. Baddeley, M. W. Eysenck, & M. C. Cordeiro, J. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica*. (4ª Ed.) Lisboa: fundação Calouste Gulbenkian
- Correia, D.; Guerreiro, D. & Barbosa, A. (2016). Semiologia Psicopatológica. In Correia, D. (2016). *Manual de Psicopatologia*. (2ª ed.)- Lidel: Loures.
- Dividino, R. & Faigle, A. (2004). *Distinções entre Memória de Curto Prazo e Memória de Longo Prazo*. Disponível em: <https://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/906/trabalhos/curto-longo.pdf>
- Neves, D. (2015). Características fenomenológicas, estruturais e funcionais da memória Autobiográfica em homens e mulheres em cumprimento de pena de prisão. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Comunicação. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29390/1/Caracter%C3%ADsticas%20fenomenol%C3%B3gicas%2C%20funcionais%20e%20estruturais%20da%20mem%C3%B3ria%20autobiogr%C3%A1fica.pdf>
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ªed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICE XII – SESSÃO PARA FAMÍLIAS “COMUNICAÇÃO COM O DOENTE MENTAL”

Cuidar de um alguém com qualquer tipo de dependência origina uma situação para a qual a maioria das pessoas não se encontra preparada, constituindo uma imposição, e não uma opção de escolha, associada à obrigação moral e social (Andreatta & Barreto, 2015).

As pessoas com doença mental podem precisar de cuidados devido ao comprometimento ao nível psicológico, psíquico e cognitivo, tornando-se a família a principal cuidadora (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo & Parente, 2014)

Carvalho (2015) refere que o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 faz pouca referência à participação de utentes e familiares na definição das políticas de saúde mental, contudo há menção à necessidade de “aumentar a participação das famílias nos processos de tratamento, reabilitação e cura das pessoas com experiência de doença mental” (p.2). O mesmo autor indica a família como principal unidade básica do desenvolvimento individual, onde ocorre a formação da personalidade, e a sua importância é inquestionável na ajuda no processo de tratamento, cura ou de reabilitação.

Com a desinstitucionalização e as políticas de saúde direcionadas para a manutenção do doente mental no seu domicílio, a família passou a ter um papel importante tanto na assistência como na integração nas estratégias de tratamento (Andreatta & Barreto, 2015)..

Na história da psiquiatria a família foi várias vezes considerada culpada de muitas das doenças mentais, especialmente a mãe que era considerada “esquizofrenizante” (Carvalho, 2015). Atualmente existe uma atitude mais positiva associada à família, tendo sido efetuadas várias ações para redução do estigma, aumentando o número de doentes integrados no seio da mesma.

Esta situação provoca mudanças no quotidiano da família, modificando a vida social, o lazer, a relação afetiva no núcleo familiar, as rotinas e as finanças (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo & Parente, 2014). Para além deste facto surgem sentimentos de medo, receio e até desconfiança quando se deparam com algumas barreiras no enfrentamento e/ou resolução de problemas, e a família é fundamental no processo de ressocialização pois é esta que melhor conhece as dificuldades e alterações comportamentais que a pessoa apresenta (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo & Parente, 2014).

A sobrecarga dos cuidadores informais é um conceito que tem tido grande atenção por parte dos profissionais de saúde e surge devido à necessidade de uma dedicação, para cuidado ao familiar, que por vezes é total (Andreatta & Barreto, 2015).

Este cuidador não tem, normalmente, formação na área da saúde, e esse facto pode afetar diretamente o cuidado e a qualidade de vida do mesmo. O cuidador aprende a dividir o seu tempo no cuidado ao familiar e nas suas próprias atividades que podem ser laborais, familiares, sociais ou conjugais.

Desta forma, cuidar do outro significa ter uma preocupação constante que envolve responsabilidade e ternura, havendo uma necessidade de estar atento às dificuldades do outro que podem ser em maior ou menor intensidade e de diversas maneiras, conforme a fase da vida e da doença (Andreatta & Barreto, 2015).

As dificuldades podem originar, também, sobrecarga subjetiva que consiste na percepção do familiar acerca da experiência de conviver com o utente os seus sentimentos e preocupações relacionadas com o cuidado ao mesmo. É fundamental o apoio ao cuidador no contexto onde este está inserido tendo os serviços de apoio um papel crucial (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo & Parente, 2014).

Carvalho (2015) refere que um dos maiores desafios da enfermagem de saúde mental é cuidar da pessoa com doença mental e da sua família como um todo, avaliando a dinâmica e as relações familiares. Desta forma, aumentando a satisfação dos doentes e famílias contribui-se para melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido, torna-se importante prestar apoio aos familiares cuidadores tanto ao nível da educação para a saúde acerca da doença, como na relação do cuidador com o utente com doença mental (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo & Parente, 2014).

Os mesmos autores executaram uma revisão da literatura onde concluíram que há uma necessidade de desenvolver cuidados focalizados e centrados nos cuidadores, e que os serviços de saúde estejam próximos compreendendo os contextos tanto social, como cultural e económico. Os familiares precisam de suporte para conviverem melhor na sociedade com os demais familiares e o próprio serviço de saúde. A sobrecarga familiar faz com que, muitas vezes, pela preocupação, pela obrigação social, pelo carinho, cuidem dos utentes com doença mental e se sobrecarregam, esquecendo-se de cuidar de si ou não tendo expectativas futuras de mudança (Eloia *et al*, 2014).

Assim, a família tem dificuldade em perceber as manifestações da doença, na sua complexidade, em lidar com o isolamento social e, muitas vezes, a culpa. “As famílias sentem-se inseguras e sem saber o que fazer, manifestando que seria importante saber como lidar com o doente e a quem recorrer numa situação de desequilíbrio” (Gomes, Martins & Amendoeira, 2011).

Há uma tendência em reduzir a participação dos familiares em eventos, passando a viver mais centradas no utente, convivendo com o estigma e mitos, havendo sofrimento por parte de todo o agregado familiar.

Alguns autores referem que uma família saudável precisa ter a capacidade de ajustamento e adaptação numa situação de stresse sendo capaz de dar resposta às necessidades dos seus membros, mantendo os padrões de interação, pelo que é importante a manutenção da coesão e de uma boa comunicação entre os membros da família (Gomes, Martins & Amendoeira, 2011).

Num estudo efetuado por Gomes, Amendoeira & Martins (2012) verificou-se que os enfermeiros normalmente só interagem com a família para dar informações acerca de alguns procedimentos após a alta da pessoa, e apesar de reconhecerem a família como elemento fundamental para o equilíbrio do doente, o foco de atenção continua a ser o doente. Há pouca comunicação entre familiares e enfermeiros tornando-se importante desenvolver momentos concretos de ajuda terapêutica aos familiares por forma a conhecer a interação entre os vários elementos da família.

Os mesmos autores afirmam que “o enfermeiro é um mediador nos processos de intervenção terapêutica (...) é responsável pela promoção e reforço das capacidades das famílias, habilitando-as a lidar com as situações decorrentes das incapacidades causadas pela doença” (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012, p. 59).

“É neste sentido que se torna importante desenvolver-se competências comunicacionais na área da saúde mental, onde se valorize a comunicação não-verbal, se saiba interpretar o não dito, se saiba dar um significado às mensagens da família. A comunicação em saúde mental não fica limitada à existência de um emissor e de um recetor. É um processo interativo que envolve sentimentos e do qual se espera que existam mudanças nas pessoas envolvida” (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012, p. 59).

Townsend (2011) menciona que para uma comunicação ser eficaz é fundamental que haja uma comunicação verbal e não-verbal clara, direta e congruente entre o emissor e recetor.

Desta forma são identificados, pela mesma autora, comportamentos que interferem com a comunicação que são: fazer superstições (considerar que se sabe o que uma ação ou expressão significa), desvalorizar sentimentos (ignorar ou minimizar sentimentos quando estes são expressos, vai fazer com que se esconda os sentimentos com receio de ser magoado), não ouvir (pode manifestar-se por a pessoa não ouvir o que o outro diz ou fá-lo de forma seletiva), comunicar indiretamente (procura comunicar através de um terceiro elemento) e apresentação de mensagens double-bind (transmite mensagem do género: “se digo é porque digo, se não digo é porque não digo”).

Quando há um elemento que exige regras na família estas podem ser funcionais, no entanto se esses padrões servirem para estar sempre a apontar uma ação errada de um dos elementos fazendo com que os outros elementos também fiquem em conflito.

Nas famílias é importante que haja o reforço de cada membro como entidade e unidade própria, pelo que existem algumas atitudes que podem impedir este reforço do conceito de si que são: expressar comentários desvalorizados (no sentido de “deitar abaixo), reter mensagens de apoio (algumas elementos da família têm dificuldade em transmitir aos outros o reforço positivo) e assumir o controlo (impedir que o outro desenvolva sentido de responsabilidade e tornar-se independente) (Townsend, 2011).

Numa família é importante aprender a lidar com as diferenças, e quando a mesma é funcional os membros estão dispostos a ouvir a posição do outro e negociar de forma a chegarem a uma opção viável (Townsend, 2011). Quando isso não acontece podem surgir comportamentos como atacar (tornar uma opinião num ataque pessoal direto, fazendo comparações destrutivas ou atacando verbalmente com expressões de raiva e magoa), evitar (a pessoa evita discutir com medo que o outro fique zangado) e render-se (resigna-se face a uma discussão negando as suas próprias necessidades ou direitos).

Assim, a mesma autora aborda três padrões de interação que podem: causar desconforto emocional, perpetuar ou intensificar problemas em vez de os resolver ou aumentar os conflitos. No primeiro padrão as interações podem promover mágoa e raiva pois os membros não podem expressar livremente as suas opiniões, incluindo comportamentos como nunca pedir desculpa, nunca admitir um erro ou fazer afirmações que menosprezam o outro. Nos padrões que perpetuam ou intensificam os problemas há uma tendência para ignorar os problemas e pode continuar assim ate que o problema se intensifica e fica impossível ignorá-lo.

“A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa existência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura” (Sequeira, 2016, p.3)

Existem dois grandes tipos de comunicação, a verbal e a não-verbal. A comunicação verbal pode ser oral ou escrita e a não-verbal é constituída pelos gestos, postura, expressões faciais, sorriso, silêncio, aparência física, roupa, adornos e toque. Estima-se que apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais paralinguísticos e 55% por gestos corporais (Stuart & Laraia, 2006)

Sequeira e Coelho (2016) referem que na comunicação verbal é preciso considerar as nossas atitudes. A aceitação faz com que o outro se sinta seguro e capaz de expressar as suas opiniões, sendo que as atitudes para facilitar esta aceitação são: ouvir sem interromper, demonstrar compreensão, ser congruente e evitar modificar o pensamento da pessoa. O parafraseamento ou acentuação refere-se a uma técnica para clarificar o que foi dito, pelo que a repetição da mensagem que proferida, com uma maior entoação de forma a demonstrar que percebeu o que o utente diz, mas também o seu interesse, consiste em refletir, repetir e devolver. Numa interação o feedback ou retroalimentação é fundamental pois a pessoa sente que estar a ser escutado tornando-se um pilar da comunicação.

A linguagem não-verbal permite, de acordo com Phaneuf (2005): expressar emoções e sentimentos, apoiar e complementar a comunicação verbal, favorecer a interação, ajudar a manter laços com os outros, manter a autoimagem e participar na apresentação do eu aos outros. Na comunicação não-verbal, Sequeira & Coelho (2016) demonstram a importância das seguintes técnicas: escuta, toque, distância, posicionamento, olhar e silêncio.

A escuta é considerada uma das técnicas mais efetivas que é mais do que ouvir porque implica a dedicação e atenção para com o outro. Chalifour (2008) refere que para além da escuta é importante que o ambiente seja adequado e tranquilo, que se tenha em atenção à linguagem não-verbal do outro, mantendo o contacto visual e demonstrando disponibilidade.

O toque é uma atitude e um comportamento (Phaneuf, 2005), podendo servir para chamar a atenção, apoiar uma palavra ou frase, e ajudar a tranquilizá-la, no entanto há que ter a noção que nem sempre se pode utilizar o toque e se sentir que o outro não o aceita não deve ser utilizado. O contacto corporal implica uma ponte não só visual ou auditiva, mas também física entre dois ou mais indivíduos e pode transmitir uma forte carga emocional (Coelho, 2015).

A distância é referida como a gestão do espaço interpessoal havendo uma referência a vários tipos de distância: a distância íntima (até 45 cm), a pessoal (45 cm a 1,25 metros), a social (1,2m a 3,6m) e a pública (3,6 a 7,5 m) (Phaneuf, 2005).

O olhar é uma forma de fazer sentir a nossa presença aos outros, podendo considerar que ao olhar outra pessoa nos olhos, estamos a estabelecer contacto ocular (Coelho, 2015). Através do olhar é possível conhecer os processos emotivos, cognitivos, valorativos e intencionais. Intervêm neste, fatores como a duração, a direção, a intensidade e o brilho que os olhos adquirem. Chalifour (2008) refere que é importante o reconhecimento da forma de olhar e ser olhado, analisar o significado do que observa e dialogar com a pessoa sobre aquilo que vê de forma a não criar impressões subjetivas.

O silêncio é uma estratégia de comunicação permitindo manifestar respeito pelo outro, favorecer a introspeção, reflexão e contacto com as emoções (Sequeira & Coelho, 2016). É importante respeitar o silêncio do outro, existindo, de acordo com os mesmos autores 3 tipos de silêncio: o aberto, o fechado e o neutro. O aberto ocorre quando a pessoa está disponível a refletir sobre as suas emoções, constituindo um momento de pausa, podendo manifestar alegria ou tristeza profunda. O fechado origina mal-estar pois há um bloqueio o contacto, podendo ser sinónimo de frustração, cólera, rancor, provocação ou medo. O silêncio neutro manifesta um desinteresse na comunicação, com frieza e distancia.

Durante um diálogo pode-se utilizar o silêncio e é necessário interpretar os silêncios do outro pelo que se o outro não interage e demonstra que não quer comunicar não pressionando o utente, mas dar-lhe tempo para refletir e organizar o seu discurso (Sequeira & Coelho, 2016).

Coelho (2015) refere que na comunicação não-verbal há que ter em conta o sistema paralinguístico, que compreende o tom de voz, o volume, o ritmo, a dicção e as pausas, os suspiros e os bocejos.

Sequeira (2016) fala em 3 impasses terapêuticos que são a resistência, a transferência e a contratransferência, podendo ser sentido pela família, reflexo da sobrecarga no cuidado da pessoa com doença mental.

A resistência pode manifestar-se na comunicação pelo utente como uma relutância natural perante algo que lhe provoca ansiedade e manifesta-se através de: omissão de informações relevantes, evitar pensar no problema, recusa em falar, não assumir a necessidade de mudança nem a importância da mesma (Sequeira, 2016).

A transferência é referida, pelo mesmo autor, como uma resposta inconsciente em que uma pessoa associa sentimentos e atitudes do outro com um papel significativo na sua vida, constituindo um conjunto de reações que visam reduzir ou aliviar a ansiedade. Este mecanismo pode originar hostilidade ou dependência, sendo algumas manifestações as seguintes: projeção de um sentimento, envolver-se ou afastar-se demasiado, fixar-se no comportamento do outro, hostilizar o outro ou revelar um comportamento irracional.

A contratransferência, segundo Sequeira (2016) consiste numa resposta emocional específica dado por uma pessoa à outra, que não é justificada por factos reais, mas por um conflito prévio marcado por autoridade ou independência marcando-se por uma preocupação intensa, hostilidade, aversão ou ansiedade intensa. Alguns exemplos são: dificuldade em simpatizar com a pessoa, dificuldade em ser assertivo, demasiada aproximação ou hostilidade, dificuldade em compreender, excessiva dependência ou elogios ao utente, desenvolvimento de uma comunicação agressiva, excessivo envolvimento com a pessoa, ansiedade e desconforto e não valorização como um todo.

Para que a comunicação seja correta é necessário, de acordo com Cunha (2010):

- Falar de forma clara, correta e simples, com um tom de voz adequado, isto é, nem muito alto nem muito baixo,
- Concentrarmo-nos na mensagem,
- Ser breve,
- Manter uma postura correta, um rosto aberto, simpático atencioso, recetivo e prestável,

- Mostrar interesse, o que influencia a quantidade e a qualidade da comunicação,
- Respeitar o espaço do outro, sem se aproximar demasiado, pois estes doentes podem estar desconfiados, segundo os autores deve ser entre meio metro e metro e meio,
- Escutar, não é simplesmente ouvir, captando todos os indicadores emitidos pelo doente, tanto verbal como não verbalmente,
- Demonstrar compreensão pelas suas queixas,
- Estabelecer uma relação de confiança,
- Mostrar naturalidade, ambiente sossegado e seguro,
- Respeitar os silêncios,
- Não fazer juízos de valor,
- Se a pessoa estiver a falar em tom de voz alto e rude, é importante manter a calma e falar de forma calma e adequada, não esquecendo que comportamento gera comportamento,
- Manter alguma tranquilidade perante provocações ou insultos.

Sequeira (2016) refere algumas dificuldades na comunicação com a pessoa com esquizofrenia, tornando-se fundamental falar num tom de voz calmo, devagar e utilizando uma linguagem compreensível. Assim, este autor fornece algumas orientações específicas que são:

- Promover a orientação da pessoa para a realidade
- Utilizar a empatia
- Privilegiar a escuta
- Utilizar contacto visual intermitente
- Mostrar disponibilidade
- Aceitar o outro
- E promover a interação.

No início da sessão será realizado o jogo do telefone estragado, em que se inicia uma mensagem e se passa a quem se encontra ao nosso lado e assim sucessivamente, verificando-se a mensagem que chega ao final do jogo. Este como objetivo introduzir o tema da comunicação, servir de quebra-gelo e interação entre as pessoas presentes.

Será efetuado um painel com um esquema da comunicação, com os elementos da mesma.



Depois será escutada a música do Miguel Gameiro, Dá-me um abraço. Será analisada a sua letra, tendo como tema central a comunicação, pelo que algumas das reflexões da música devem ir no sentido de abordar a temática do toque, do silêncio, da importância do apoio da família para o doente mental, da sobrecarga que os familiares sentem. Após esta análise serão abordadas as estratégias de comunicação, tendo em conta a fundamentação teórica anterior.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: “Comunicação com o Doente Mental”

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar os familiares de estratégias de comunicação não verbal.	
Objetivos específicos	Conteúdos
Distinguir comunicação verbal e não-verbal	Distinguir comunicação verbal da não-verbal
Promover a partilha de sentimentos e emoções	Partilha de sentimentos e emoções interligando vivências com a música apresentada
Referir estratégias de comunicação assertiva	Referencia a estratégias de comunicação assertiva com a pessoa com doença mental
Promover a interação social	Promoção da Interação social

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e ativo.

Recursos: Rádio e colunas

Páginas com letra da música

Duração: 5 minutos de apresentação, 10 minutos da realização do jogo telefone avariado, 30 minutos para ouvir a música e analisá-la, 30 minutos para referir as estratégias de comunicação assertiva

Avaliação: Avaliação da aquisição de conhecimentos demonstrados através de brainstorming

Referências Bibliográficas

- Andreatta, D. & Barreto, D. (2015). Saúde Mental do Cuidador: Considerações acerca da sobrecarga vivenciada pelo familiar. *Pesquisa em psicologia*. 231-242. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/3%C2%BA%20Semestre/Sess%C3%B5es%20Est%C3%A1gio%20/am%C3%ADlia%20-%20comunica%C3%A7%C3%A3o/8688-30606-1-PB.pdf>
- Carvalho, J. (2015). A família e as pessoas com experiência de doença mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 14. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a01.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Coelho, M. (2015). Comunicação terapêutica em Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>
- Cunha, M. (2010). Comunicação Terapêutica com o Doente com Perturbações Psiquiátricas. *Nursing*. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3575-comunicacao-terapeutica-com-o-doente-com-perturbacoes-psiquiatricas#.W9MyRNVKjIU>
- Eloia, S.; Oliveira, E.; Eloia, S.; Lomeo, R. & Parente, J. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0996.pdf>
- Gomes, F.; Amendoeira, J. & Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (7). P. 54-60. Disponível: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/31307/1/A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20no%20processo%20terapeutico%20das%20fam%C3%ADlias%20de%20doentes%20mentais.pdf>
- Gomes, M.; Martins, M. & Amendoeira, J. (2011). As Famílias com Doentes Mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100008
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ªed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICE XIII – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “DEPRESSÃO”

Tendo em conta que algumas pessoas do HD e reabilitação de psiquiatria têm depressão, e numa altura em que se aproxima o inverno, as atividades ao ar livre ou fora de casa são mais reduzidas, potenciando o recolhimento e isolamento social, torna-se importante abordar a depressão, os seus sinais e sintomas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão será a segunda causa de incapacidade em 2020 e prevê-se que em 2030 seja a primeira causa de mortalidade e morbilidade a nível mundial (World Federation for Mental Health, WFMH, 2012).

A depressão é um transtorno de humor e segundo Saraiva (2014) a maioria dos quadros depressivos dura menos de um ano, 25% das pessoas têm sintomas por mais de um ano e aproximadamente 15% passarão à cronicidade.

O humor é, de acordo com Pio Abreu (2008), um estado de ânimo, afeto, não se trata de emoções nem de sentimentos e corresponde a “um sentimento difuso, sem objeto, que dá uma coloração às emoções, afetos, impulsos, pensamento e todos os fenómenos da vida psíquica, como se fosse o seu pano de fundo” (p. 114).

Pode apresentar uma relação de humor (estar eufórica, expansiva), humor eutímico (considerado o habitual para a pessoa, sem estar associada a tristeza ou euforia) e humor deprimido (humor diminuído que afeta todo o nível relacional ou de atividade, que não é controlável) (Bastos, Ferreira & Guerra, 2017).

De acordo com Afonso (2015) um episódio depressivo tem sintomas ao nível emocional, físico, cognitivo e comportamental. Ocorre sentimentos de tristeza, humor deprimido, falta de esperança no futuro, pessimismo, tendo uma expressão facial fechada e postura cabisbaixa e anedonia que é caracterizada pela incapacidade de obter ou experimentar prazer em atividades do dia-a-dia que antes eram benéficas para o próprio (Afonso, 2015).

A nível cognitivo uma pessoa com depressão apresenta alterações mnésicas, com alterações na memória a curto prazo, que origina esquecimentos frequentes que prejudicam as atividades laborais promovendo uma baixa autoestima. Apresenta lentificação psicomotora, inibição e perda de iniciativa, há tendência para um descuido no autocuidado, torna-se incapaz de esboçar um sorriso, podendo haver oscilações de peso.

De acordo com o mesmo autor o descuido por si próprio rapidamente se propaga havendo um descuido pela higiene do domicílio, diminuição da frequência a compromissos ou atividades de lazer, com perda de motivação, surgindo apatia e isolamento social. Por vezes o início do consumo de substâncias psicoativas no sentido de obter algum alívio para o seu sofrimento.

A depressão é um estado intenso e perversivo de sofrimento, apresenta-se como um estado que tende a ser recorrente e frequentemente crónico (Carvalho, Jara & Cunha, 2017). Segundo o relatório da Saúde Mental dos Portugueses (2016), Portugal é o país da União Europeia onde se prescrevem mais antidepressivos, representando 60% das prescrições em termos nacionais.

De acordo com Carvalho, Jara & Cunha (2017) os sintomas da depressão persistem pelo menos duas semanas seguidas, durante a maior parte dos dias e divergem de pessoa para pessoa, e os sintomas mais frequentes são:

“sentimentos de tristeza, vazio e aborrecimento; sensações de irritabilidade, tensão ou agitação; sensações de aflição, preocupação, insegurança e medos, contudo, os receios tendem

a ser infundados; diminuição da energia, fadiga e lentidão; perda de interesse e prazer nas atividades diárias; perturbações do apetite, do sono, do desejo sexual, e variações significativas do peso (mais frequentemente no sentido da diminuição podendo contudo ocorrer aumento); pessimismo e perda de esperança; sentimentos de culpa, de auto desvalorização e ruína, que podem atingir uma dimensão delirante (sem fundamento real); alterações da concentração, memória e raciocínio; sintomas físicos não devidos a outra doença (dores de cabeça, perturbações digestivas, dor crónica, mal estar geral); ideias de morte e tentativas de suicídio” (p. 2-3).

De acordo com a mesma fonte os sintomas da depressão afetam o rendimento laboral e a vida social havendo diversas formas e graus de gravidade da depressão. Em alguns casos os sintomas podem surgir sem relação aparente com acontecimentos traumáticos da vida, repetindo-se ao longo da vida. Noutras situações os sintomas são menores e as pessoas mantêm algum rendimento laboral, permanecendo a fadiga, tristeza, desinteresse e tensão (Carvalho, Jara & Cunha, 2017).

No DSM 5 os transtornos depressivos englobam transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (APA, 2014).

Os fatores de risco associados à depressão, de acordo com Afonso (2015) são: antecedentes familiares de depressão ou de episódios anteriores de depressão, traços de personalidade (neuroticismo, obsessões ou descontrolo de impulsos), género feminino, classe social baixa, desemprego, ocorrência de acontecimentos adversos, falta de confiança, presença de outras doenças mentais como ansiedade ou dependência de drogas, e presença de doenças físicas.

Os eventos traumáticos estão associados a sintomas depressivos pois ao serem indesejáveis e imprevisíveis exigem um grande esforço de adaptação e, normalmente, têm consequências negativas. Quando a pessoa não consegue adaptar-se à nova situação pode surgir a depressão (Afonso, 2015).

De acordo com Bastos, Ferreira & Guerra (2017) a depressão pode manifestar-se por sintomas, como a irritabilidade, fadiga, dores várias, pressão no peito, insónia e perturbações gastrointestinais (náuseas, vómitos, diarreia, etc.).

Quando há outra doença psiquiátrica como o transtorno obsessivo compulsivo a pessoa é muito exigente consigo própria e tem dificuldade em pedir ajuda, censurando-se por não corresponder às expectativas pelo que podem surgir sintomas depressivos (Afonso, 2015).

Outras doenças como Parkinson, alterações da tiroide, défice de vitamina D podem originar depressão, assim como o uso de substâncias psicoativas e alguns medicamentos, tornando-se importante haver o diagnóstico diferencial (Carvalho, Jara & Cunha, 2017).

Desta forma, os mesmos autores referem que a depressão é diagnosticada, considerando os aspetos físicos, psicológicos e sociais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, globalmente, 350 milhões de pessoas sofram de estados depressivos, sendo que 1 em cada 5 portugueses sofre de depressão (Veiga & Andrade, 2014). É mais

comum nas mulheres, pois até aos 70 anos de idade os homens têm 27% de probabilidade de desenvolver depressão e as mulheres 45%. É a primeira causa de incapacidade mundial e pode afetar a pessoa em qualquer idade, acarretando custos a nível laboral, pelo absentismo e redução da produtividade, acrescendo o facto de ter elevada taxa de mortes prematuras devido ao suicídio (Veiga & Andrade, 2014).

Carvalho, Jara & Cunha (2017) referem que as alterações ao nível neuronal com alterações da disponibilidade de serotonina, noradrenalina ou dopamina potenciam o aparecimento da depressão. No entanto acontecimentos traumáticos, problemas familiares, o stress diário, a morte de alguém próximo, os estados de doença, uma crise financeira, conflitos prolongados, podem funcionar como precipitantes, ou facilitadores, de episódios depressivos.

Bastos, Ferreira & Guerra (2017) abordam 4 degraus de acordo com a gravidade da depressão:

- No degrau 1 há indício ou suspeita de depressão em que a pessoa deve manter uma atitude vigilante.
- No degrau 2 os sintomas já são mais evidentes classificando-se a depressão de ligeira a moderada tornando-se importante identificar a presença ou ausência de comorbidades, tendo uma atitude mais preventiva ao nível da promoção da higiene do sono, da ingestão alimentar e padrão físico regular. Neste estágio a pessoa já necessita de tratamento e é recomendado terapia cognitivo comportamental individual ou em grupo.
- No 3º degrau existem sintomas subclínicos e depressão ligeira a moderada com resposta inadequada à medicação, e é considerada uma depressão grave. Nesta situação é necessário tratamento farmacológico e intervenções psicoterapêuticas de elevada intensidade através da terapia cognitivo comportamental.
- No degrau 4 a depressão é considerada grave ou complexa com presença de sintomas psicóticos, resistência à terapêutica e com relevante comorbidade psiquiátrica ou outros fatores psicossociais.

A depressão origina, muitas vezes, comportamentos autolesivos e atos suicidas que são considerados um problema de saúde pública. O suicídio é definido como “morte provocada por um ato levado a cabo por um indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (por exemplo precipitação no vazio de esquizofrénico delirante e alucinado obedecendo a vozes de comando)” (Saraiva, 2014, p. 153).

Os fatores de risco para o suicídio são: crises psicossociais agudas e presença de doença psiquiátrica, carga genética, história familiar de suicídio, traços de personalidade impulsiva, tentativas de suicídio prévias, plano estruturado, acesso a meios letais, uso de substâncias psicoativas e acontecimento de vida adverso.

A experiência familiar com história de abuso também é um importante fator de risco (Veiga & Andrade, 2014). Os mesmos autores referem que a pessoa com consumos de substâncias tem agravamento da impulsividade motivada pelo consumo, com afetos negativos e desesperança constituem fatores predisponentes, que se forem associados a fatores precipitantes como conflitos interpessoais e episódio depressivo major têm maior probabilidade de ter um comportamento suicidário.

Assim, de acordo com Bastos, Ferreira & Guerra (2017) o diagnóstico da gravidade da depressão está associado à análise de sinais e sintomas, da forma como estes evoluem no tempo e do impacto na funcionalidade. O curso da doença é variável e deve ser feito o diagnóstico diferencial com a doença bipolar. A terapêutica para a depressão envolve uma abordagem multidimensional que passa por uma mudança dos estilos de vida, fármacos, psicoterapia e neuro modulação.

Na vivência de estados depressivos 80 % das pessoas demonstram melhorias significativas quando a intervenção é adequada pelo que é fundamental o diagnóstico da doença para que se institua o tratamento adequado o mais rapidamente possível.

Na sessão será escutada a música “Alguém me ouviu” do Boss AC e Mariza e interpretação da mesma, associando a experiências vividas pelos utentes nesse sentido. Posteriormente será feito um brain storming acerca do tema depressão e analisado o seu conteúdo. Para finalizar será apresentado um pequeno vídeo acerca da depressão (<https://www.publico.pt/2018/10/25/p3/video/video-de-alunos-da-uminho-vence-premio-pela-luta-contr-a-estigma-da-saude-mental-150813>), como síntese do tema.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: Depressão

Local: Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria da Unidade de Portimão

Destinatários: Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar as pessoas com doença mental com conhecimentos acerca da depressão	
Objetivos específicos	Conteúdos
Identificar sinais e sintomas de depressão	Identificação de sinais e sintomas de depressão
Enumerar estratégias para controlo de sintomas ligeiros da depressão	Enumeração de estratégias para controlo de sintomas ligeiros de depressão
Promover a interação social	Promoção da interação social através da partilha de experiencias
Promover a leitura	Promoção da leitura e interpretação de texto

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos, demonstrativo e role-play.

Recursos:

Rádio e música, letra da música, quadro branco e canetas

Duração: 5 minutos de apresentação

35 minutos de desenvolvimento

5 minutos avaliação

Avaliação: Elaboração de síntese por cada pessoa integrada em HD

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pio Abreu, J. (2008). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (5ªed.). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- Afonso, P. (2015). *Quando a Mente Adoece*. Príncipe: Cascais.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais. *DSM-5*. Porto Alegre: Artmed editora. (Tradução: Maria IMs Corria Nascimento, Paulo Henrique Machado, Regma Machado Garcez, Rêgis Pizzato e Sandra Maria Mallmann da Rosa)
- Bastos, L.; Ferreira, D. & Guerra, A. (2017). Perturbação Depressiva *In* Figueira, M.; Sampaio, D. & Afonso, P. (2017). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel: Lousã
- Carvalho, S.; Jara, J. Cunha, I. (2017). A Depressão é uma doença que se trata. Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. Disponível em: <http://www.admd.pt/wp-content/uploads/AF-BROCHURA-BIPOLAR.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2016). *A Saúde dos Portugueses*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e Reabilitação, (2016). Não Editado.
- Saraiva, C. (2014). *Depressão e Suicídio- Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lidel: Lousã
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.
- Veiga, F. & Andrade, J. (2014). Epidemiologia e Fatores de Risco. *In* Saraiva, C. (2014). *Depressão e Suicídio- Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lidel: Lousã

APÊNDICE XIV - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PODER DAS EMOÇÕES POSITIVAS”

No âmbito do Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorre no Hospital de Dia (HD) e Reabilitação da Unidade de Portimão do serviço de Psiquiatria 2 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, surgiu a necessidade de planejar uma sessão de educação para a saúde subordinada ao tema “Saúde Mental Positiva: Emoções Positivas”.

As sessões de educação para a saúde e intervenção psicopedagógica estão planeadas para as 4ª feiras de manhã, de acordo com o plano semanal previsto do hospital de dia e reabilitação. As mesmas visam a transmissão de conhecimentos no âmbito de temas de doença e saúde, promoção da saúde mental e estilos de vida saudável e atitudes preventivas (Programa de intervenção Terapêutica em Hospital de dia de Psiquiatria e reabilitação, 2016). De acordo com a mesma fonte estas sessões são planeadas pelo enfermeiro responsável ou sugeridas pelas pessoas com doença mental de acordo com as necessidades avaliadas/sentidas.

Ao longo do percurso da humanidade a “loucura” foi percebida de diferentes formas, tendo em conta o período histórico e a sociedade predominante no momento, sendo relativamente recente, no Ocidente, a alteração do conceito de loucura para o status de doença mental. O nascer do saber psiquiátrico e a dimensão epistemológica incide na produção de conhecimentos, nos conceitos que se vão modificando e na necessidade de embasá-la nas ciências e nas humanidades (Moreira & Melo, 2005).

Várias têm sido as definições realizadas tanto para a saúde mental como para a doença mental, e já longe vai o tempo em que uma era antónimo da outra, isto é, em que a saúde era considerada o contrário de doença.

Sequeira (2006) refere que nestas definições, há que ter em consideração todo um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, ambientais, sociais e culturais, podendo ser considerada doente quando ocorre um desequilíbrio destes fatores que originam uma alteração da sua integração, adaptação e autonomia psicológica.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2016) menciona um aumento dos inscritos nos cuidados de saúde primários com registo de perturbações mentais, estimando-se que um quinto da população portuguesa virá a desenvolver uma doença mental (depressão e ansiedade são as mais prevalentes).

A promoção da saúde mental é um dos desafios na área da saúde mental, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu plano de ação para a saúde mental (2013-2020).

A saúde mental é um tema que engloba imensos subtemas, podendo ser abordada de forma diferentes, aos utentes que frequentam, o HD e reabilitação de Psiquiatria. Ao longo destas semanas foram planeadas várias sessões, tendo por base o aumento da literacia e educação para a saúde, e no final do meu estágio considero pertinente uma abordagem à saúde mental positiva, que aborda as emoções e a forma como lidamos com ela. Após discussão do tema com o enfermeiro orientador, considerou-se pertinente e adequado este tema.

De acordo com Sequeira (2006), as emoções são uma forma de avaliar o que acontece no momento a uma pessoa, apresentando grande importância ao nível biológico, psicológico e social.

Queirós (2014) refere seis emoções básicas comuns a todas as pessoas, sendo elas a raiva, o medo, a aversão, a tristeza, a surpresa e a alegria. A regulação das emoções acontece no sistema nervoso autónomo e

permitem a adaptação aos desafios externos do meio envolvente desempenhando a amígdala um papel determinante. Esta identifica e interpreta um evento ou estímulo como prejudicial e aciona o medo fazendo com que os mecanismos e estratégias para lidar com o problema sejam ativados (Sequeira, 2006).

A alegria está associada à satisfação de ideais como o amor, o sucesso ou a felicidade e influencia a produção de dopamina e serotonina (Palha, 2016). De acordo com o mesmo autor a serotonina é um neurotransmissor responsável pela captação e assimilação dos sinais de bem-estar (motivação, esperança, alegria) e a sua transferência para os recetores neuronais; a dopamina tem o papel de controlo das sensações associadas ao prazer.

Leite (2016) refere que todas as emoções são necessárias ao ser humano, quando na proporção certa, dividindo-as em negativas (medo, raiva e tristeza) e nas positivas (alegria e surpresa). As primeiras são fundamentais para que o ser humano aprenda a lidar com situações mais difíceis.

Palha (2016) menciona que o processamento das emoções permite a capacidade de criar novas estratégias de ação perante as adversidades da vida. No entanto o mesmo autor alude que as aptidões emocionais são, em parte, inatas, pelo fato de ter uma certa predisposição genética para a alegria ou a tristeza, fazendo com que as experiências de vida e os estímulos exteriores desempenhem um papel fundamental na forma como os genes se exprimem.

O ritmo de vida e as memórias do passado fazem com que haja um aumento da quantidade de emoções e pensamentos que causam sofrimento (Leite, 2016). O ser humano acumula, ao longo do seu desenvolvimento, uma série de experiências que grava no seu subconsciente um conjunto de crenças e valores que ocasionam, de forma automática, pensamentos, comportamentos e emoções (Palha, 2016).

Leite (2016) apresenta no seu trabalho um quadro com as emoções consideradas erradas ou irracionais que aumentam o número de emoções negativas, diminuindo a autoestima e causando incapacidade de solucionar problemas, fazendo com que não consiga perspetivar o futuro de uma forma positiva.

As emoções irracionais, de acordo com o mesmo autor, são: as crenças baseadas em pensamento dicotómico (tudo ou nada, a pessoa interpreta uma situação apenas nestas duas soluções), o catastrofizar (tentar adivinhar o futuro da pior forma possível), o desqualificar (não reconhecer as qualidades nas suas experiências ou atos), rotular (achar que a própria ou outro tem um rótulo sem considerar os argumentos que comprovam o contrário) e personalizar (considerar que os outros têm um comportamento negativo associado apenas a si, não aceitando outras explicações).

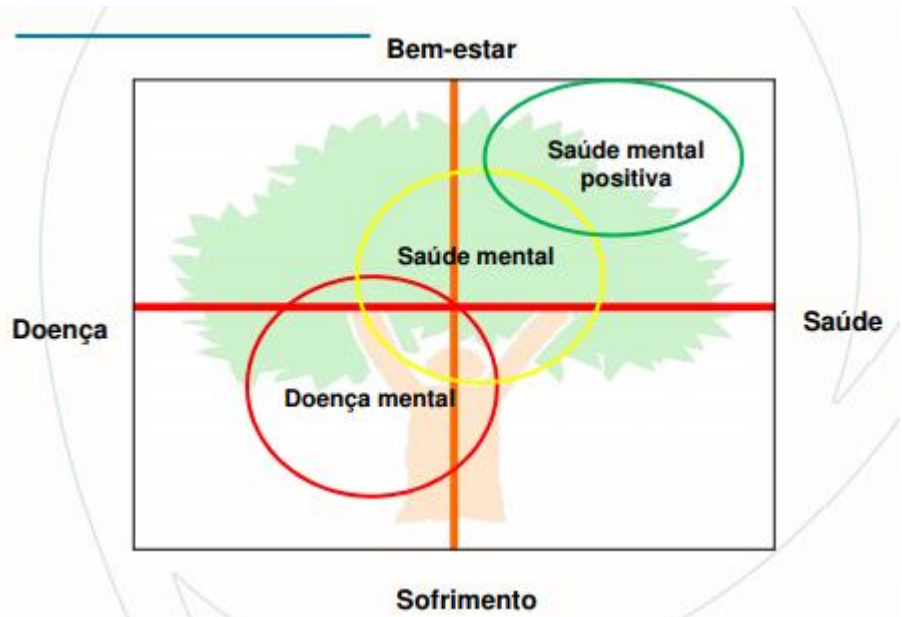
Desta forma, surge o conceito de bem-estar emocional como a necessidade que tem de conseguir superar o desequilíbrio causado pelas emoções negativas, potenciando as emoções positivas (Baptista, 2013).

O mesmo autor refere que para que consiga um bem-estar emocional é importante uma gestão eficaz das próprias emoções e das dos outros criando estratégias e atividades que promovam o bem-estar. Palha (2016) verbaliza a importância do desenvolvimento do autoconhecimento, identificando as suas capacidades e fragilidades, o que permitirá uma consciencialização das responsabilidades. Leite (2016) menciona que um estilo de vida saudável com atenção à alimentação, ao exercício físico e uma boa higiene do sono são fundamentais para a noção de bem-estar. O mesmo autor refere que as possibilidades de interação social com relacionamentos baseados na empatia e habilidades sociais são igualmente importantes.

Leite (2016) indica a necessidade da pessoa ter um objetivo diário, como um fator promotor de bem-estar baseando-se na motivação que tal ação terá, referindo a importância da satisfação das necessidades básicas da pessoa de acordo com a pirâmide das necessidades humanas de Maslow (fisiológicas, segurança, amor e pertença, estima e autorregulação) na origem das motivações e impulsos.

Segundo o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 (WHO, 2013) uma boa saúde mental permite o aumento do potencial, a capacidade de lidar com o stress da vida, o aumento da produtividade e do bem-estar. O mesmo pressupõe que uma boa saúde mental irá permitir a qualquer um perceber e aumentar o seu potencial, lidar com o stress da vida, trabalhar produtivamente e contribuir para o seu bem-estar social.

Sequeira, Lluch-Canut & Roldán-Merino (2014) abordam o tema da saúde mental positiva como um recurso importante para a promoção do bem-estar, em vez da pessoa estar centrada na doença. A Saúde Mental Positiva é representada através de uma imagem que coloca a saúde e a doença em polos opostos tal como o bem-estar e o sofrimento,



criando quatro quadrantes onde é colocada a doença mental, a saúde mental e a saúde mantel positiva. Esta última encontra-se no quadrante do bem-estar e da saúde, como um tipo de saúde maior que apenas a saúde mental (Sequeira & Lluch-Canut, 2015).

Assim, a saúde mental positiva visa promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual com a estimulação das emoções e comportamentos positivos, e a terminologia positiva pretende reforçar e potenciar a saúde mental na sua generalidade (Sequeira & Lluch-Canut, 2015).

Baptista (2013) refere que quando a pessoa atravessa uma fase menos boa na vida há uma tendência a dar como conselho o pensar de modo positivo, o que muitas vezes não é bem aceite pela sociedade. No entanto, as características empáticas fazem com que muitas vezes adotemos a mesma postura que uma pessoa em sofrimento, quando tentamos dar algum tipo de apoio emocional, o mesmo acontecendo nas emoções positivas. Se tiver algumas estratégias para lidar com as situações de forma positiva, tem maior tendência a sentir-se mais confiante para lidar com situações difíceis (Baptista, 2013).

O mesmo autor refere que se a pessoa se focar nas emoções positivas, com o intuito de corrigir o enviesamento psicológico de dar mais importância ao negativo, pois estas últimas tendo a prevalecer sobre as outras, pois o seu impacto é duas vezes maior.

Sequeira & Lluck (2015) referem que a saúde mental positiva é “estar e sentir-se o melhor possível, nas circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos” (p.28).

Baptista (2013) aborda que a felicidade depende 50% dos genes, 10% das circunstâncias da vida e 40% da atividade voluntária (engloba o pensamento, o comportamento, aos objetivos e ao modo como se avalia a realidade). Este autor apresenta 12 atividades para alcançar a felicidade de acordo com Seligman, influente autor nas questões das emoções positivas.

1- Expressar gratidão: esta é considerada o antídoto das emoções negativas e implica estarmos focados no presente, sugerindo que se realize, ao longo de uma semana um jornal de atos de gratidão, pelo que as pessoas que o fazem uma vez por semana andam mais felizes.

2- Cultivar o otimismo: consiste em celebrar o presente e o passado acreditando num futuro melhor, visualizando a realidade de uma forma agradável, o que auxilia na expectativa de um futuro promissor. Para esta atividade é sugerida a execução de uma síntese do que há de melhor em cada um (“O melhor Eu possível: o que há de melhor em mim”) durante quatro semanas, não pretendendo que as pessoas não sejam sensíveis às amarguras da vida, mas tendo consciência que os resultados dependem do seu comportamento.

3- Evitar a ruminação e a comparação social: evitar pensar exageradamente num acontecimento marcante, minimizando os sentimentos de culpa, pois a ruminação deteriora a saúde. Inevitavelmente efetuamos comparações sociais, pois vivemos em sociedade, no entanto quanto mais comparações fazemos mais probabilidade de criar mal-estar, pois as pessoas que tomam muita atenção aos outros ficam mais predispostas a emoções negativas e à infelicidade. Nesta atividade há a sugestão de utilizar a escrita terapêutica como ferramenta para auxiliar na expressão dos sentimentos e emoções mais íntimos.

4- Praticar atos de bondade: as pessoas felizes são altruístas, preocupam-se com o bem-estar dos outros e são generosas, ajudando os outros. Este aspeto tem 3 componentes: motivação, reconhecimento e prática quotidiana.

5- Desenvolvimento de Relacionamentos Sociais: as pessoas são mais felizes quando estão com os outros do que quando estão sozinhas, pelo que é importante dar valor aos relacionamentos, desenvolvendo confiança, tolerância, sentimentos de pertença, abertura à diversidade.

6- Desenvolvimento de Estratégias de Resolução de Problemas: após um acontecimento adverso são identificados pensamentos automáticos ou crenças originando consequências emocionais. É proposto que quando acontecer algo desagradável a pessoa registe e avalie o resultado (descrição breve, o que veio à minha cabeça - pensamentos automáticos, O que senti - consequências; disputa - qual a evidência que tenho para pensar nisto?, quais foram as alterações na minha disposição - resultados).

7- Aprender a Perdoar: o perdão é considerado um antídoto psicológico às emoções negativas, ao libertar o ódio e libertar a mente do passado.

8- Aumentar as Experiências de Fluxo: realizar atividades que dão sensação de prazer de forma a mantermos a atenção, concentração numa tarefa, afastando a atenção de aspetos negativos.

9- Saborear as Coisas Agradáveis da Vida: quando acontece alguma coisa negativa na vida da pessoa existem mecanismos psicológicos que ajudam a lidar com a situação desagradável. No mesmo âmbito quando

temos algo positivo também devemos demonstrar a alegria que temos partilhando a experiência com outros, criar uma memória do acontecimento através de imagens ou um objeto que faça lembrar o acontecimento. Auto congratular-se dizendo para si próprio como a experiência foi gratificante é uma forma de saborear os momentos, focando a atenção em elementos centrais e ignorando pormenores, procurando sentir mais do que pensar.

10-Comprometimento com Objetivos: ter objetivos, projetos de vida ou sonhos é importante, pelo que a presença de objetivos de vida autênticos é fundamental, podendo complementar-se com outros que já tenha. É importante haver flexibilidade para se adaptar ao quotidiano, priorizando os mesmos.

11- Espiritualidade e Práticas Religiosas: a religião é fundamental para muitas pessoas, ajudando-as nas adversidades da vida, minorando o sofrimento, podendo ser uma ótima estratégia para a resolução de problemas.

12-Cuidar do Corpo: uma apresentação melhor e mais cuidada estimula a autoestima, no entanto precisa de ser complementada com outros aspetos como o exercício físico que permite o funcionamento adequado do cérebro e ajuda na modificação de comportamento.

Teresa Lluch (2008) aborda o tema de saúde mental positiva de acordo com os seguintes princípios:

“Integração no quadro da promoção da saúde mental, com forte relação aos estudos de Seligman no quadro da psicologia positiva;

Aceitação dos momentos de mal-estar (tristeza, decepção e doença) como normais na vida, uma vez que a mente precisa de expressar toda a sua complexidade no dinamismo que oscila entre o amor e a dor, a vida e a morte, a tristeza e a alegria;

Aceitar todas as emoções (negativas e positivas) como essenciais à vida;

Promover a resiliência como forma de adaptação a situações negativas, evitando que se prolonguem mais que o estritamente necessário;

Procura levar a pessoa a estar e a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra” (Leite, 2016, p. 37).

Existe uma escala de avaliação da saúde mental positiva e foi traduzida para Portugal por Sequeira & Carvalho (2009) como o modelo multifatorial de saúde positiva que é constituído por seis fatores: **a satisfação pessoal** (autoconceito, autoestima e satisfação com a própria vida), **a atitude pró-social** (capacidade de apoiar e ajudar os outros, aceitando as diferenças), **o autocontrolo** (equilíbrio emocional, capacidade para lidar e gerir o stress e/ou situações de conflito, tolerando a ansiedade e o stress), **a autonomia** (autorregulação do comportamento, capacidade para tomada de decisão, segurança e auto-confiança), **a resolução de problemas** (capacidade de análise, tomar decisões, adaptar-se às mudanças com alguma flexibilidade promovendo o crescimento pessoal contínuo) e **o relacionamento interpessoal** (habilidades para estabelecer e manter relações interpessoais harmoniosas ou íntimas, comunicar respeitosamente e expressar sentimentos) (Sequeira & Lluch-Canut, 2015). O equilíbrio entre estes seis fatores resulta numa saúde mental positiva.

No sentido de reforçar a saúde mental positiva na vida, Teresa Lluch definiu um decálogo de 10 estratégias essenciais (Sequeira & Lluch-Canut, 2015, p. 30-40):

“1 – Valorize positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);

2 – Coloque “carinho” nas atividades da vida;

- 3 – Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental);
- 4 – Não deixe as emoções negativas bloquear a vida pessoal;
- 5 – Tome consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem;
- 6 – Deixe fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de ‘sentir’);
- 7 – Procure espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- 8 – Tente resolver os problemas quando eles surgem;
- 9 – Cuide das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas);
- 10 – Não se esqueça de colocar ‘humor’ na sua vida”.

Muñoz, Restrepo & Cardona (2016) apresentam um modelo composto por seis domínios para caracterizar as saúdes mentais positivas tenham elas uma doença mental ou não. Esses componentes são:

- As atitudes em relação a você mesmo: assenta na importância da autopercepção e autoconceito diários, englobando a acessibilidade do eu à consciência, concordância entre o eu real com o eu ideal, autoestima e sentido de identidade.
- O crescimento e auto atualização: aborda o significado que a pessoa dá à vida e se vive em coerência com o mesmo, inclui a atualização automática como uma força motivacional para o desenvolvimento de potencialidades humanas e envolvimento na vida, como o empurrão para participar no desenvolvimento e cuidado de sua vida e dos outros.
- A integração: refere-se à capacidade para poder incluir na vida todas as experiências que acontecem sejam elas positivas ou negativas, tendo a capacidade de aceitação, esta componente pode variar de acordo com o equilíbrio psíquico da pessoa, da sua filosofia e resistência para lidar com o stresse.
- A Autonomia: a forma como estabelece relações com o mundo que a rodeia e com os seus pares, e como as decisões incluem outras, é sinônimo de independência e autodeterminação.
- Percepção da realidade: capacidade de perceber adequadamente a realidade, poder dar conta das circunstâncias de forma objetiva evitando fazer julgamentos. Também aborda a capacidade de desenvolver empatia diante das experiências dos outros.
- Domínio do ambiente: está ligado ao sucesso e à adaptação. O sucesso caracteriza-se pela ênfase na concretização e alcance dos resultados e a adaptação refere-se ao processo para atingir o objetivo.

Sequeira & Lluch (2015) mencionam o método “Cuida-te 7.0” como uma ferramenta que pode ser usada na promoção da saúde mental positiva, constituída por 6 campos.

- ✓ A componente física centra-se na atenção que devemos dar ao nosso organismo segundo a máxima “se não cuida do seu corpo, vai viver dentro de quê”.
- ✓ A nível cognitivo é importante procurar o conhecimento de forma convicta e não por pressão dos acontecimentos, exercitar a criatividade e partilhar o conhecimento.
- ✓ O campo profissional é apontado como um aspeto fundamental sendo importante gostar e valorizar do próprio trabalho e dos colegas, desenvolvendo o seu potencial.

- ✓ Emocionalmente é importante desenvolver inteligência emocional (autoconhecimento e controle das próprias emoções, e reconhecimento e lidar com as emoções dos outros), ter motivação, aprender a lidar com o stress e desenvolver uma visão positiva do mundo.
- ✓ No campo familiar/social torna-se fundamental manter relacionamentos saudáveis com amigos e família, valorizando-os e participando em atividades sociais ou projetos.
- ✓ Por último o nível espiritual refere-se às crenças e valores do próprio e encontrar um propósito para a vida.

Os mesmos autores classificam este método como uma estratégia autoaplicável que pode ser usado por qualquer um, por ser simples, seguro, generalista, suportado por investigação científica e ser eficaz.

Esta atividade será efetuada com a entrega de um cartão a cada pessoa com uma cara para ser desenhada, cada utente desenha uma cara, com a cor e a expressão que identificam as suas emoções no momento. A partir daí pretende-se abordar as seis emoções básicas do ser humano. Posteriormente serão apresentados o decálogo para a saúde mental positiva e termina-se a sessão com o pote da gratidão.

PLANO DE SESSÃO

Sessão: “Saúde Mental Positiva: Emoções Positivas”

Local: Hospital de Dia e Reabilitação da Unidade de Portimão

Destinatários Pessoas Integradas no HD

Formadores: Ângela Elias

Objetivo Geral	
Capacitar a pessoa integrada em HD para a utilização de estratégias para a saúde mental positiva	
Objetivos específicos	Conteúdos
Referir o significado de saúde mental positiva.	Referencia à saúde mental positiva
Abordar as emoções básicas do ser humano	Abordagem às seis emoções básicas do ser humano: a raiva, o medo, a aversão, a tristeza, a surpresa e a alegria
Promover a expressão de sentimentos e emoções	Promoção da expressão de sentimentos e emoções
Promover a interação social	Promoção da interação social

Metodologia:

Serão usados os métodos interrogativos e demonstrativo.

Recursos:

Cartões e marcadores

Duração: 5 minutos de apresentação

45 Minutos de desenvolvimento

10 Minutos avaliação

Avaliação: Expressão das emoções negativas que colocaram no cartão e convertê-las em positivas.

Referências Bibliográficas

- Baptista, A. (2013). *O Poder das Emoções Positivas*. Lisboa: Lidel
- Direção Geral da Saúde (2016). *A Saúde Dos Portugueses*. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAd%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Leite, A. (2016). Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico. *Dissertação de Mestrado*. Universidade do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17329/1/Conce%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20Programa%20de%20Sa%C3%BAd%20Mental%20Positiva%20para%20docentes%20do%20Ensino%20B%C3%A1sico.pdf>
- Moreira, P & Melo, A. (2005). *Saúde Mental do tratamento à prevenção*. Porto: Porto editora
- Muñoz, C.; Restrepo, D. & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 39(3). Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v39n3/1020-4989-RPSP-39-03-166.pdf
- Palha, M. (2016). *Uma Caixa de Primeiros Socorros das Emoções*. Lisboa: Letras e Diálogos.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional – Aprenda a ser feliz*. Porto: Porto Editora.
- Sequeira, C. & Carvalho, J.C. (2009). Tradução para a População Portuguesa do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). *Saúde e Qualidade de Vida em análise*, 303-314. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sequeira, C. & Lluch, T. (2015). *Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva
- Sequeira, C. (2006). *Do diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio F., Sá L., Lluch-Canut T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/248192766/Saude-Mental-Positiva>

APÊNDICE XV – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Necessidades de Enfermagem de Saúde Mental - Intervenção na Doença Mental Após Desastre ou Situação de Emergência

Resumo

Contexto: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve ter a sua intervenção assente nas necessidades em saúde mental que identifica, com atividades de promoção de saúde, prevenção da doença e auxílio nos processos de reabilitação em todos os contextos. As situações de desastres causam inúmeras alterações na pessoa com doença mental havendo maior risco de manifestações da doença após a vivência de uma situação de stresse, tendo este profissional um papel preponderante.

Objetivos: Verificar as necessidades em enfermagem de saúde mental das pessoas com doença mental após situação de stresse associada a um desastre.

Método: Realizada revisão sistemática da literatura através da pesquisa em diversas bases de dados, utilizando os descritores em língua Portuguesa e Inglesa. Os critérios de inclusão foram os seguintes: pessoas com mais de 18 anos, experiência de situação de desastre, artigos originais com data de publicação compreendida entre os anos de 2014 e 2018.

Resultados: Obtiveram-se 6 estudos: 5 apresentavam metodologia quantitativa e 1 metodologia qualitativa transversal.

Conclusões: Com os estudos desta revisão foi possível constatar que as pessoas apresentam inúmeras respostas ao nível da saúde mental, especificamente da ansiedade, stresse pós-traumático e sintomas de depressão após uma situação de stresse, no entanto não foi possível perceber as reais necessidades em enfermagem de saúde mental por apenas um estudo ser centrado num programa de saúde mental comunitária, mas que não foi eficaz. Há necessidade da realização de mais estudos para que se tenha conhecimento científico nesta área.

Palavras-chave: Desenvolvimento de programas, stresse psicológico, desastres, enfermagem psiquiátrica.

Necesidades de Enfermería de Salud Mental - Intervención En La Enfermedad Mental Después de Desastre o Situación de Emergencia

Resumen

Contexto: El enfermero especialista en enfermería de salud mental y psiquiátrica debe basar su intervención en las necesidades en salud mental que identifica, con actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y auxilio en los procesos de rehabilitación en todos los contextos. Las situaciones de desastres causan numerosas alteraciones en la persona con enfermedad mental habiendo mayor riesgo de alteraciones tras la vivencia de una situación de estrés, teniendo este profesional un papel preponderante.

Objetivos: Verificar las necesidades en enfermería de salud mental de las personas con enfermedad mental después de una situación de estrés asociada a un desastre.

Método: Realizada la revisión sistemática de la literatura a través de la búsqueda en diversas bases de datos, utilizando los descriptores en lengua portuguesa e inglesa. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

personas con más de 18 años, experiencia de situación de desastre, artículos originales con fecha de publicación comprendida entre 2014 y 2018.

Resultados: Se obtuvieron seis estudios: cinco presentaron una metodología cuantitativa y un estudio, metodología cualitativa transversal.

Conclusiones: Con los estudios de esta revisión se pudo constatar que las personas presentan numerosas respuestas con respecto a la salud mental, a la ansiedad, al estrés postraumático y a los síntomas de depresión después de una situación traumática. Sin embargo, no se percibieron las necesidades reales en enfermería de salud mental porque solo uno de los estudios se centró en un programa de salud mental comunitaria, pero que no fue eficaz. Son necesarios más estudios para aumentar el conocimiento científico en esta temática.

Palabras clave: Desarrollo de programas, estrés psicológico, desastres, enfermería psiquiátrica.

Mental Health Nursing Needs - Intervention In Mental Disease After Disaster or Emergency Situation **Abstract**

Context: The nurse specialist in mental and psychiatric health nursing should have the intervention based on the needs in mental health identified, with health promotion activities, disease prevention and rehabilitation assistance in all contexts. Disaster situations cause a number of changes in the person with mental illness and there is a greater risk of changes after the experience of a stress situation, and this professional has a preponderant role.

Objectives: To verify the mental health nursing needs of people with mental illness after disaster-related.

Method: Systematic review of the literature was done through the research in several databases, using the descriptors in Portuguese and English. The criteria for inclusion in the selection of articles were as follows: people over 18 years of age, experience of a disaster situation, original articles with a publication date between 2014 and 2018.

Results: Six studies were obtained: 5 presented quantitative methodology and a cross-sectional qualitative methodology.

Conclusions: With the studies of this review it was possible to verify that people present numerous responses to mental health, anxiety, post-traumatic stress and symptoms of depression after a stress situation, however, it was not possible to perceive the real needs in mental health nursing because only one study was centered on a community mental health program, but it was not effective. There is a need for more studies to be made available in this area.

Key words: Program development, psychological stress, disasters, psychiatric nursing.

APÊNDICE XVI – ARTIGO IX CONGRESSO DA ASPESM

Metodologia de Estudo de Caso no planeamento de cuidados de enfermagem especializados no Transtorno Obsessivo Compulsivo

Case Study Methodology in the planning of specialized nursing care in Obsessive Compulsive Disorder

Metodología de estudio de caso en la planificación de cuidados de enfermería especializados en el trastorno obsesivo compulsivo

RESUMO

CONTEXTO: O estudo de caso visa a realização de um estudo aprofundado dos problemas e necessidades dos utentes, família e comunidade, permitindo aos enfermeiros planear a melhor estratégia para a resolução dos problemas identificados.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo é uma perturbação mental, de carácter incapacitante a nível do funcionamento psicossocial, familiar, profissional e social, estimando-se que a sua prevalência na população em geral seja entre 1,1 e 1,8%, com distribuição análoga entre os sexos feminino e masculino, embora com início mais precoce nos homens.

OBJETIVO(S): realizar a metodologia de ensino estudo de caso sobre a patologia Transtorno Obsessivo Compulsivo.

MÉTODOS: Estudo de caso.

RESULTADOS: O estudo permitiu realizar um plano de cuidados individualizado, identificando diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, com base em instrumentos de avaliação e assente nas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

CONCLUSÕES: O estudo de caso é um método completo que permite ser executado a uma grande variedade de problemas e contribui para o desenvolvimento do saber próprio de enfermagem. Alicerça as ações de enfermagem e promove uma prestação de cuidados individualizada. Possibilita uma familiarização do enfermeiro com a literatura científica.

Palavras-Chave: estudo de caso; transtorno obsessivo compulsivo; enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

CONTEXT: The case study aims to carry out an in-depth study of the problems and needs of the users, family and community, allowing nurses to plan the best strategy for solving the problems identified. Obsessive Compulsive Disorder is a mental disorder that is incapacitating in terms of psychosocial, family, professional and social functioning. It is estimated that its prevalence in the general population is between 1.1 and 1.8%, with a similar distribution between male and female, although with earlier onset in men.

OBJECTIVE (S): to carry out the teaching methodology case study on the pathology Obsessive Compulsive Disorder.

METHODS: Case study.

RESULTS: The study allowed to carry out an individualized care plan, identifying nursing diagnoses according to CIPE standardized terminology, based on assessment tools and based on the competencies of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health.

CONCLUSIONS: The case study is a complete method that allows to be executed to a great variety of problems and contributes to the development of the own knowledge of nursing. It strengthens the nursing actions and promotes an individualized care delivery. It enables nurses to become familiar with the scientific literature.

Keywords: case study; obsessive-compulsive disorder; psychiatric nursing.

RESUMEN

CONTEXTO: El estudio de caso busca la realización de un estudio en profundidad de los problemas y necesidades de los usuarios, familia y comunidad, permitiendo a los enfermeros planificar la mejor estrategia para la resolución de los problemas identificados. El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno mental, de carácter incapacitante en el funcionamiento psicosocial, familiar, profesional y social, estimándose que su prevalencia en la población en general sea entre 1,1 y 1,8%, con distribución análoga entre los sexos femenino y masculino, aunque con inicio más temprano en los hombres.

OBJETIVO(s): realizar la metodología de enseñanza estudio de caso sobre la patología Trastorno Obsesivo Compulsivo.

MÉTODOS: Estudio de caso.

RESULTADOS: El estudio permitió realizar un plan de cuidados individualizado, identificando diagnósticos de enfermería de acuerdo con la terminología estandarizada CIPE, con base en instrumentos de evaluación y asentada en las competencias del Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiátrica.

CONCLUSIONES: El estudio de caso es un método completo que permite ser ejecutado a una gran variedad de problemas y contribuye al desarrollo del saber propio de enfermería. Alienta las acciones de enfermería y promueve una prestación de cuidados individualizada. Posibilita una familiarización del enfermero con la literatura científica.

DESCRIPTORES: estudio de caso; trastorno obsesivo compulsivo; enfermería psiquiátrica.

APÊNDICE XVII – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Resumo

Contexto: Em Portugal, o crescente envelhecimento da população origina desafios para os idosos, suas famílias, serviços de saúde e instituições. O ritmo alucinante de vida da população jovem/adulta, a perda de autonomia no idoso ou os problemas de saúde são alguns dos fatores que precipitam a institucionalização. A consciencialização da importância do envelhecer com qualidade levou à conceção de instrumentos de avaliação para que se avalie a perceção da qualidade de vida do idoso e se implementem estratégias para promoção do envelhecimento ativo.

Objetivo(s): verificar a existência de relação entre a qualidade de vida e a institucionalização do idoso; analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Metodologia: realizada pesquisa de artigos nas bases de dados EBSCO e B-ON, utilizando os descritores: institucionalização, idosos, qualidade de vida e WHOQOL- Bref. Os critérios de inclusão na seleção dos artigos foram os seguintes: artigos originais, com data de publicação compreendida entre os anos de 2010 e 2018.

Resultados: Verificou-se que em alguns estudos a qualidade de vida é influenciada pela institucionalização, enquanto noutros não existem diferenças na perceção de qualidade de vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Conclusões: Todos os estudos evidenciam a importância da interação social como fator preponderante na perceção de qualidade de vida por parte dos idosos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem um papel fundamental na promoção da qualidade de vida e do envelhecimento ativo do idoso.

Palavras-chaves: institucionalização, idosos, qualidade de vida e WHOQOL- Bref

Proceso de Envejecimiento: Intervención de la Enfermería de Salud Mental en la Calidad de Vida del Anciano Institucionalizado

Resumen

Contexto: En Portugal, el creciente envejecimiento de la población se origina retos para las personas mayores, sus familias, los servicios de salud e instituciones. El ritmo alucinante de vida de la población joven / adulta, la pérdida de autonomía en el anciano o los problemas de salud son algunos de los factores que precipitan la institucionalización. La concienciación de la importancia del envejecimiento con calidad llevó a la concepción de instrumentos de evaluación para que se evalúe la percepción de la calidad de vida del anciano y se implementen estrategias para promover el envejecimiento activo.

Objetivo: verificar la existencia de relación entre la calidad de vida y la institucionalización del anciano; analizar la intervención del enfermero especialista en enfermería de salud mental y psiquiatría en la promoción de la

calidad de vida de los ancianos institucionalizados Metodología: se realizó una investigación de artículos en las bases de datos EBSCO y B-ON, utilizando los descriptores: institucionalización, ancianos, calidad de vida y WHOQOL- Bref. Los criterios de inclusión en la selección de los artículos fueron los siguientes: artículos originales, com fecha de publicación comprendida entre los años 2010 y 2018.

Resultados: Se verificó que en algunos estudios la calidad de vida es influenciada por la institucionalización, mientras que en otros no existen diferencias en la percepción de calidad de vida de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados. El enfermero especialista en enfermería de salud mental y psiquiátrica tiene un papel fundamental en la promoción de la calidad de vida y del envejecimiento activo del anciano.

Conclusión: Todos los estudios evidencian la importancia de la interacción social como factor preponderante en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos.

Palavras chave: Institucionalización; Anciano; Calidad de Vida; WHOQOL- Bref

Aging process: Intervention of Mental Health Nursing in the Quality of Life of the Institutionalized Elderly

Abstract

Background: In Portugal, the growing aging of the population creates challenges for the elderly, their families, health services and institutions. The hallucinating pace of life of the young / adult population, the loss of autonomy in the elderly or health problems are some of the factors that precipitate institutionalization. Awareness of the importance of aging with quality has led to the design of evaluation tools to evaluate the quality of life of the elderly and to implement strategies to promote active aging.

Objective: to verify the existence of a relationship between the quality of life and the institutionalization of the elderly; to analyze the intervention of the specialist nurse in mental health nursing and psychiatry in the promotion of the quality of life of the institutionalized elderly.

Method: performed an article search in the databases EBSCO and B-ON, using the descriptors: institutionalization, elderly, quality of life and WHOQOL- Bref. The criteria for inclusion in the selection of articles were as follows: original articles, with publication date between the years 2010 and 2018.

Results: It was verified that in some studies the quality of life is influenced by institutionalization, while in others there are no differences in the quality of life perception of the institutionalized and non-institutionalized elderly. The nurse specialist in mental and psychiatric health nursing has a key role in promoting the quality of life and the active aging of the elderly.

Conclusion: All the studies show the importance of social interaction as a preponderant factor in the perception of quality of life by the elderly.

Keywords: Institutionalization; Aged; Quality of Life; WHOQOL- Bref

APÊNDICE XVIII – FOLHETO “SONO”

No caso de não conseguir adormecer 30 minutos depois de se deitar, o melhor é levantar-se fazer uma atividade relaxante como ler, ouvir uma música relaxante, até sentir sono.

O primordial é, após uma noite de sono, se sentir descansado e disposto para realizar as atividades diárias.

Tenha em mente
que aquilo que faz
durante o dia
também afeta o seu
sono à noite.



Realizado Por: Ângela Elias (170531049).
2º Mestrado Em Associação de Enfermagem



Hospital de Dia e
Reabilitação de Psiquiatria
Unidade de Portimão



HÁBITOS SAUDÁVEIS DE SONO E REPOUSO

A saúde mental está intimamente associada com a quantidade e a qualidade de sono.

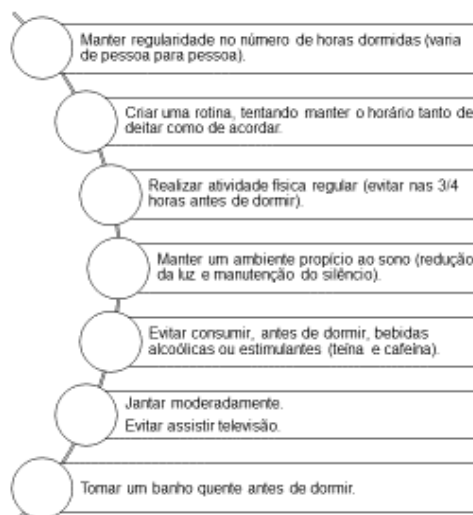
O Sono...

O sono é considerado um período normal de descanso para o corpo e para a mente, existindo uma redução nos movimentos do corpo e na resposta a estímulos externos. É um processo fisiológico complexo que é influenciado por diversos fatores sendo eles biológicos, sociais, culturais e ambientais, sendo a qualidade do sono um importante indicador de saúde e bem-estar.

Consequências da Privação do Sono:

- Cansaço
- Fadiga
- Falhas de memória
- Dificuldade de atenção e de concentração
- Hipersensibilidade para sons e luz,
- Taquicardia
- Alteração do humor
- Funcionalidade (aumento do absentismo no trabalho, risco de acidentes)
- Risco aumentado de desenvolvimento de doenças mentais como depressão e transtornos de ansiedade
- Irritabilidade
- Medo

Estratégias para Hábitos Saudáveis de Sono e Repouso



APÊNDICE XIX - PLANO INDIVIDUAL PARA GERIR STRESSE E ANSIEDADE

Hospital de Dia e Reabilitação de Psiquiatria- Unidade de Portimão

Plano Individual Gestão Stresse

Nome: _____

Data: ____/____/____

Situações Atuais Geradoras de Stresse



—
—
—
—

Sinais e Sintomas Experienciados

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">_ Ansiedade_ Revolta_ Frustração_ Preocupação em demasia_ Tensão constante_ Medo de que a situação volte a acontecer_ Dificuldades de Concentração_ Dificuldade em dormir_ Irritabilidade_ Inquietação_ Palpitações_ Suores intensos_ Respiração ofegante ou falta de ar_ Tremores_ Sensação de fraqueza_ Cansaço_ Angústia—— |
|---|



Formas Habituais de Lidar com o Stresse

<ul style="list-style-type: none">_ Descontrolo de Impulsos_ Isolamento Social_ Queixar-se frequentemente_ Culpabilizar os outros_ Consumos de Substâncias (álcool, drogas)_ Alterações na ingestão de alimentos	<ul style="list-style-type: none">_ Abuso da Medicação_ Hostilidade verbal_ Evitar resolver o Problema———
---	--

Estratégias para controlo do stresse e ansiedade:

- Gestão do tempo,
- Organização de tarefas,
- Definição de tempo diário para a realização de atividades de diversão e relaxamento como caminhadas, atividades com os amigos e familiares, leitura, banho relaxante, comer algo preferido, ouvir música, técnicas de relaxamento, ver um filme, entre outros.
- Pensamento positivo,
- Esteja com quem você ama,
- Dedique tempo para cuidar de si.

Objetivos a definir	Dia para concretizar	Forma de concretizar

Definição de tempo diário para a execução de atividades de diversão e relaxamento

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira	Sábado	Domingo

APÊNDICE XX – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO PESSOA INCLUÍDA NO PROGRAMA

Selecione a resposta que for mais adequada para avaliar o Programa (Re)Construção no qual esteve inserido.

	Muito Satisfeito	Parcialmente Satisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Qual o seu grau de satisfação com o programa no geral?					
Considera que a participação no Programa (Re) Construção o ajudou a gerir o stresse?					
Qual a sua satisfação com as atividades de relaxamento desenvolvidas?					
Considera-se satisfeito com as sessões de educação para a saúde?					
Considera-se satisfeito com a organização dos dias do programa?					

APÊNDICE XXI – QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO FAMÍLIAS

Selecione a resposta que for mais adequada para avaliar o Programa (Re)Construção no qual o seu familiar esteve inserido.

	Muito Satisfeito	Parcialmente Satisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Parcialmente Insatisfeito	Muito Insatisfeito
Qual o seu grau de satisfação com o programa?					
Considera que a participação do seu familiar no Programa (Re) Construção o ajudou a gerir o stresse?					
Qual o grau de satisfação com a inclusão dos familiares neste programa?					